ROK X. WARSZAWA, 1936, CZERWIEC ZESZYT VI.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Prof. Dr. Med. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Sanatorjum Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Bystrej Śląskiej, Dyrektor Dr. Ignacy M. Spitzer.

Praktyczne wskazówki dla lekarzy ogólnych w sprawie wykrycia, leczenia i zwalczania gruźlicy płuc

Podał:

DR. IGNACY M. SPITZER.

Układając plan niniejszego artykułu zastanowiłem się, czy pisanie o tych sprawach nie jest równoznaczne z wyważaniem dawno już otwartych drzwi. Jednak obserwacje nasze sanatoryjne, jakie czynimy od lat kilkunastu, świadczą o czemś innem.

Walka w terenie z gruźlicą nie stoi u nas na należytym poziomie, współpraca z lekarzem ogólnym szwankuje, stwierdzenie tych faktów ośmieliło nas do poruszenia raz jeszcze omawianej sprawy.

Rola lekarza praktyka w walce z gruźlicą była i jest zawsze bardzo znaczną. Każdy system walki musi uwzględniać i uwzględnia współpracę lekarzy ogólnych, bez ich pomocy dotarcie do poszczególnych ognisk choroby, oraz przeprowadzenie leczenia domowego byłoby niewykonalnem. Przy naszem skromnym arsenale przeciwgruźliczym rola lekarza praktyka jest tem większą, koniecznem więc wydaje się nam podanie pewnych wytycznych dla wykrycia i leczenia gruźlicy.

Straty jakie powoduje gruźlica są dostatecznie znane, chcemy jednak raz jeszcze zwrócić na nie uwagę i porównać je z ostatniemi danemi niemieckiemi.

W Polsce oblicza się ilość zgonów z powodu gruźlicy na 80.000 rocznie przy 33,000.000 ludności, liczba chorych z czynnymi procesami gruźliczemi jest około 10-krotnie większą. Do walki z gruźlicą posiadamy 341 poradni, 10000 łóżek szpitalnych i sanatoryjnych, oraz 308 miejsc w szkołach na wolnem powietrzu.

Niemcy przy 65,000.000 ludności obliczają ilość zgonów z powodu gruźlicy na 40.000 rocznie, ilość chorych z otwartą gruźlicą na 400.000, posiadają jednak 45 tysięcy łóżek szpitalnych i sanatoryjnych dla leczenia, oraz ewent. izolacji chorych na gruźlicę, czyli ilość przewyższającą liczbę zgonów.

Straty wynikłe z powodu zgonów na gruźlicę, ludzi w olbrzymiej większości młodych, przedstawiających dla społeczeń-

stwa największą wartość obliczają w Niemczech na 1 miljard 600 miljonów marek niem. rocznie. Dla Polski straty te są, rzecz prosta jeszcze większe. Dziennie umiera w Polsce 220 osób na gruźlicę, z tego nieliczne stosunkowo przypadki w szpitalach.

Poniżej podane wyliczenia pozwolą nam na zorjentowanie się, jak ważną rolę w rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy odgrywają u nas lekarze praktycy.

Według danych statystycznych Polsk. Związku Przeciwgruźliczego pod opieką naszych poradni pozostawało w r. 1933 116.563 gruźliczo - chorych, z których umieszczono w szpitalach 3.864, w sanatorjach 4.200.

W leczeniu Ubezpieczalni Społecznych (dane statystyczne Izby Ubezpieczeń Społecznych za rok 1931) znajdowało się 155.424 z powodu gruźlicy płuc i ok. 11.991, z powodu gruźlicy kości, jeśli przyjmiemy dalej, iż w leczeniu lekarzy kolejowych, wojskowych i urzędowych znajduje się nawet kilkadziesiąt tysięcy osób chorych na gruźlicę, to jednak pozostała ilość chorych z liczby ca 800.000 korzysta z pomocy lekarzy praktyków. Liczba ta jest bardzo wielką nawet po uwzględnieniu, iż wielu ludzi cierpiących na gruźlicę nie wie o tem, wielu zaś z pomocy lekarskiej wogóle nie korzysta.

Zadania więc lekarza praktyka w walce z gruźlicą są duże, duża też odpowiedzialność za szerzenie się „zarazy" gruźliczej. Wiemy o tem, iż walka ta prowadzona niejednokrotnie w warunkach najcięższych przy zupełnym braku zrozumienia ze strony chorych, utrudniona a nawet paraliżowana z powodu braku środków nie da dużych rezultatów doraźnych, temniemniej walka prowadzoną być musi i każde wykryte źródło zarazy, każdy uratowany chory, czy ochronione dziecko przed zakażeniem, stanowi cenną zdobycz.

Rezultaty tej walki zależą od zrozumienia również ze strony lekarzy, od chęci podporządkowania się pewnym ogólnie przyjętym zasadom walki, od życzliwej współpracy lekarzy praktyków z organizacjami do walki z gruźlicą.

W artykule niniejszym chcielibyśmy podać pewne wytyczne, nie wdając się w szczegóły.

Praca lekarza polegać powinna na:

1. Wyszukaniu źródła zakażenia.

2. Ocenie przypadku stanowiącego źródło zakażenia i przeprowadzeniu odpowiedniego leczenia względnie skierowaniu do leczenia (szpital, sanatorjum, poradnie).

3. Przeprowadzeniu zarządzeń chroniących otoczenie.

4. Obserwacji przypadków po powrocie z leczenia.

5. Kontakcie i współpracy z organami walki przeciw gruźlicy.

Odnośnie do gruźlicy lekarz praktyk nie powinien stwierdzonego schorzenia rozpatrywać jedynie tylko pod kątem interesów swego pacjenta, lecz ujmować sprawę znacznie szerzej ze społecznego punktu widzenia, gdyż tylko wytężona i dobrze zorganizowana współpraca dać może jakieś uchwytne wyniki i zmniejszyć zachorowalność i śmiertelność z powodu gruźlicy.

Nie wystarcza naszem zdaniem „umycie rąk" pod postacią zgłoszenia przypadku gruźlicy otwartej lekarzowi urzędowemu.

Pierwszem zadaniem będzie stwierdzenie gruźlicy, pod tym względem ciągle nie stoimy jeszcze na wysokości zadania. Zbyt mały odsetek form początkowych postępujących jest w porę uchwycony i skierowany do odpowiedniego leczenia, w sanatorjach mało widuje się np. nacieków wczesnych, jakkolwiek trudno wnosić z tego, iż formy te są u nas naprawdę rzadkie.

Nie możemy omawiać tutaj dokładnie sprawy wczesnego rozpoznawania gruźlicy i suchot płuc, chcemy jednak podkreślić raz jeszcze, że każdą t. zw. „grypę", zwłaszcza występującą ponownie po kilku miesiącach, silnie podejrzewać należy w kierunku gruźlicy, chociażby fizykalnie nie można było stwierdzić wyraźnych zmian w płucach.

Gruźlica może również w pewnych przypadkach rozpoczynać się tak ostro i ciężko, iż niejednokrotnie myśli się o tyfusie. Obserwowaliśmy przypadki rozpoznawane jako tyfus, gdzie w rzeczywistości stwierdzało się naciek całego płatu, t. zw. lobite autorów francuskich.

Wreszcie u osób starszych banalny na pozór obraz rozedmy płuc z przewlekłem zapaleniem oskrzeli często, bardzo często okazuje się starczą gruźlicą otwartą a rozedma zakrywa zmiany niejednokrotnie bardzo rozległe.

Aby uniknąć tych omyłek nie wystarczy myśleć o możliwości gruźlicy, bardzo

ważnem jest naszem zdaniem przyswojenie sobie pewnego schematu badania, ułatwiającego orjentację. Na podstawie długoletnich obserwacji zalecić możemy schemat badania podany przez *W. Neumanna* (Die Klinik der Tuberkulose Erwachsener, Wiedeń, Springer 2 wyd. 1930). Na podstawie naszych badań porównawczych stwierdzamy, iż, o ile jest to tylko możliwem, badanie odbywać się powinno poza łóżkiem, a przy opukiwaniu dolnych tylnych partji płuc, badający powinien siedzieć za badanym, koniecznem jest też przy oznaczaniu ruchomości, wyznaczaniu szerokości pól Kröniga posługiwanie się dermatografem. Przy rygorystycznem stosowaniu opisanej techniki badania nie przeocza się łatwo nietylko znacznych przytłumień, oraz ograniczenia ruchomości płuc, ale łatwo wykryć można lekkie przykrócenia t. zw. „Turbansche Verschleierung", wskazujące na przebyte zmiany opłucnowe i ułatwiające nam nieraz ustalenie rozpoznania.

Przy osłuchiwaniu baczną uwagę zwracać należy na obecność t. zw. pisków jamistych będących często najbardziej pewnym objawem istnienia jamy.

Zbyt rzadko wykonuje się badania pomocnicze, w pierwszym rzędzie plwociny w kierunku obecności prątków typu Kocha, chociaż badanie to w zupełności nie jest trudne i możliwe jest do wykonania w praktyce prywatnej. Badanie to, stosowane częściej, uratowałoby rocznie wiele setek istnień, prątkowanie występuje bowiem z reguły we wszystkich procesach świeżych, niedających jeszcze większych objawów poza zmianami roentgenowskiemi, te zaś przypadki najczęściej nadają się do leczenia metodami chirurgicznemi.

Dla ułatwienia wyszukiwania prątków w preparacie podajemy modyfikację met. barwienia Ziehl.-Nielssen'a [1]) według Weissa, mianowicie :do końcowego podbarwienia preparatu nie używa się 1 % roztworu błękitu metylowego lecz roztworu 1‰ (pro mille) Kalii hypermang., wówczas na blado różowo - fioletowem tle prawie jednostajnem, gdyż komórki i inne bakterje nie barwią się, występują dobrze widoczne pąsowo czerwone prątki kwasoodporne. Dla zorjentowania się we florze towarzyszącej można rozmaz na drugiem szkiełku podstawowem zabarwić błękitem metyl. W przypadkach podejrzanych nie można poprzestać na jednorazowem badaniu plwociny.

Wykazanie urochromogenu w moczu (próba Weissa) niema większego znaczenia, gdyż występuje w przypadkach daleko posuniętych, nie nastręczających trudności rozpoznawczych, jest to jednak signum mali ominis.

U dzieci i chorych młodocianych nie należy nigdy zapominać o wykonaniu próby Pirquet'a, próba ta jest nieszkodliwą a w wielu przypadkach wynik badania dodatni świadczy nie tylko o zwycięsko przebytem zakażeniu — lecz nasuwa również podejrzenie, czy w danej chwili nie toczy się jeszcze w organiźmie czynny proces gruźliczy, 2 —3 krotny ujemny wynik próby wykonanej w pewnych odstępach czasu przemawia przeciw obecności gruźlicy. Odczyn ujemny tuberkulinowy przy istnieniu zmian gruźliczych stwierdza się w daleko posuniętych przypadkach gruźlicy z wyniszczeniem, oraz przez pewien okres czasu po przebyciu odry.

Silna reakcja dodatnia świadczy raczej o czynnym procesie. U dzieci do lat 2-ch silna reakcja dodatnia prawie zawsze wskazuje na proces czynny. Silnie reagują dziesi skrofuliczne, a w Erythema nodosum próba tuberkulinowa skórna doprowadzić może nawet do ulceracji (*Orel*, Tuberkulindiagnostik w II-gim Tomie Handb. der Kindertuberkulose, Engel, Pirquet).

Ponieważ wykonanie próby Pirqueta niejednokrotnie napotyka na opór ze strony rodziców, jakkolwiek najzupełniej nieuzasadniony, próby tuberkulinowe wykonywać można przy pomocy maści tuberkulinowej 50%, lepiej tuberkuliny diagnostycznej według Moro, lub Dermotubiny (*Loewenstein*). Grudkę np. tub. diagnost. według Moro wielkości pieprzu, lub kroplę dermotubiny wciera się w ciągu 1/2 minuty w odtłuszczoną uprzednio eterem skórę klatki piersiowej na przestrzeni ca 25 cm². W razie dodatniego wyniku po 24, często dopiero po 48 godzinach występują liczne małe czerwone guzki utrzymujące się przez szereg dni. Ilość guzków, wielkość i ich silniejsze zabarwienie świadczą o stopniu reakcji.

---

[1]) Skład odczynników potrzebnych do barwienia:

a) *Fuksyna karbolowa:* 1 gr + 10 cm³ spiryt. czysty + 90 cm³ 5% roztw. acid. carbol.

b) *Odbarwiacz:* 97 cm³ spirytusu (może być denatur.) + 3 cm³ stęż. kwasu solnego.

c) *Do podbarwienia użyć można:* 1% roztw. błękitu metyl. lub 1‰ kalium hypermang anicum.

Lekarz praktyk powinien dzieci, oraz osoby dorosłe, u których stwierdził ujemny wynik próby tuberkulinowej co pewien czas (6 do 12 mies.) przebadać na odczyn tuberkulinowy, zwłaszcza dzieci, w ten sposób stwierdzić można w razie wystąpienia odczynu dodatniego, że dziecko zetknęło się z źródłem zakażenia i zostało zakażone, poszukiwania w otoczeniu, (rodzina, szkoła, sąsiedzi) doprowadzają w regule do wykrycia źródła. Nie jest to metoda ze społecznego punktu dobra, gdyż wykazuje, że ognisko zakażenia już działa szkodliwie, jednak lekarz praktyk nie rozporządza odpowiednim aparatem ani możnością przeprowadzania wywiadów, badania z urzędu i t. zw. aktywnego wyszukiwania ogniska.

W wielu jednak wypadkach i taka wskazówka jest bardzo cenną i pozwala ratować dalsze osoby od zakażenia.

W każdym przypadku, w którym lekarz sam nie może wykryć ogniska, powinien o swych spostrzeżeniach zawiadomić poradnię ewent. lekarza powiatowego.

Do najważniejszych środków służących do wykrycia źródła zakażenia należy badanie roentgenowskie poszczególnych chorych, ważniejszem jest badanie roentgenowskie całych grup ludności, zwłaszcza dzieci i ludzi stykających się z dziećmi, jak ochroniarki, nauczycielstwo, personel szpitalny i t. d. Badanie obowiązkowe studentów szkół wyższych zostało już u nas wprowadzone. Wyniki badań systematycznych, ludzi napozór zdrowych wykazały znaczny odsetek, ca 3% rozległych zmian czynnych w płucach, stanowiących groźne źródło zakażenia, nic też dziwnego, iż wobec takich spostrzeżeń wprowadzono w niektórych krajach obowiązkowe badanie roentgenowskie kandydatów na nauczycieli, policji, wojska. Ostatnio w Niemczech pojawiły się głosy domagające się prześwietlenia całej ludności Niemiec. *Katenditt.* w artykule „Ceterum censeo tuberculosam esse delendam“ (Zeitschr. für Tub. Tom 74 zesz. 4) oblicza koszta takiego prześwietlenia na 6.000.000 RM.

Zadanie lekarza praktyka jest znacznie skromniejsze, powinien on jednak we wszystkich przypadkach, w których to tylko jest możliwem, przeprowadzać badanie promieniami roentgena (prześwietlenie i zdjęcie). Przestrzedz jednak należy najbardziej stanowczo przed posługiwaniem się taniemi niewygodnemi aparatami roentgenowskiemi, oraz przed przecenianiem wyników badania i zwalaniem wszystkich, zakażeń przewlekłych, ropotoku zębodołowego, zapaleń przydatków macicy, lekkich postaci choroby Basedowa i t. d. na owe nieszczęsne gruczoły wnękowe, tam gdzie roentgenolog napisze: „powiększenie cieni wnęk“. Tak samo nie każde zaciemnione i źle wyjaśniające się przy kaszlu pole szczytowe świadczy o czynnym gruźliczym procesie i zwalnia od dalszego szukania przyczyn stanów podgorączkowych i innych objawów chorobowych. Takie ustosunkowanie się do wyników badania roentgenowskiego dyskredytuje jedynie jedną z najważniejszych metod rozpoznawczych i stwarza legjon chorych z urojoną gruźlicą płuc.

Niedocenianie ważności obrazu roentgenowskiego i przeoczenie niewyraźnych czasem zaciemnień przy naciekach wczesnych, lub jam o delikatnych obrysach ma dla badanego jeszcze gorsze następstwa, dlatego też z reguły należy sporządzać zdjęcia roentgenowskie, opis zdjęcia robić winien wprawny roentgenolog lub phtysiolog odpowiednio przygotowany.

Takie byłyby po krótce środki i metody, jakiemi posłużyć się może lekarz praktyk przy wykrywaniu zakażenia. Prowadzenie dokładnych zapisków, oraz oznaczanie na planie miejscowości domów, w których stwierdził lekarz przypadek gruźlicy (zwłaszcza tam gdzie poradni brak) ułatwiają pracę.

Następną czynność niełatwą stanowi ocena przypadku. Lekarz stwierdziwszy gruźlicę płuc powinien odpowiedzieć sobie na następujące pytania 1) *jak rozległe są zmiany?* czyli określić winien *statykę* przypadku, 2) *Czy stwierdzony proces jest czynnym, postępującym,?* odpowiedź na to pytanie da nam obraz *dynamiki* procesu. 3) *Czy zachodzą powikłania i jakie?* 4) *W jakim stopniu chory jest niebezpiecznym dla otoczenia?*

Badanie opukiem i osłuchem, oraz obraz roentgenowski ustalają rozległość zmian, z pewnemi zastrzeżeniami zorjentować mogą również badającego w charakterze anatomicznym zmian.

Oznaczenie stopnia czynności procesu niezawsze jest łatwe, przypadki typowe z rozległemi zmianami, podniesioną temperaturą, objawami zatrucia ustroju nie nastręczają trudności, inaczej jest jednak w przy-

padkach wczesnych zmian, najważniejszych z punktu widzenia leczniczego, w których nie stwierdza się wyraźnych zmian osłuchowych, ani wypukowych.

Za czynnością procesu przemiawiają: a) Objawy ogólne, będące wyrazem zatrucia jak łatwe męczenie się, poty, stany podgorączkowe, brak łaknienia i chudnięcie, znaczny wzrost temperatury po wysiłkach fizycznych, a u kobiet w czasie menstruacji. b) Zmiany w obrazie krwi, oraz w składzie białkowym osocza krwi, pojawienie się w surowicy krwi przeciwciał specyficznych. c) Zmiany w płucach, jak wystąpienie rzężeń, których uprzednio nie wysłuchaliśmy, pojawienie się rzężeń po wysiłku fizycznym, nasłonecznieniu, krwioplucie. d) Zmiany w życiowej pojemności płuc (spirometrja) służyć może jako metoda pomocnicza w oznaczaniu czynności procesu. e) Stwierdzenie włókien sprężystych w plwocinie. Podkreślić należy stanowczo, iż żadna z tych metod ani żaden z objawów pojedyńczo wzięty nie świadczy o czynności, jedynie ich zespół w łączności z całokształtem badania pozwala nam na sprecyzowanie odpowiedzi na pytanie czy dany proces gruźliczy jest czynnym.

Objawy ogólne jako wyraz czynności toczącego się procesu są zbyt znane i nie wymagają omówienia, zwrócić jednak uwagę należy na prostą próbę mierzenia temperatury po marszu (5 km. w 50 min.) w przypadkach wątpliwych.

W razie stwierdzenia obecności zmian gruźliczych, podniesienie się temperatury po marszu ponad 1 stopień i wolny spadek ciepłoty trwający dłużej niż 2 godziny, świadczą o procesie czynnym. Spadek podniesionej temperatury po podaniu amidopiryny w dawce 0,15 kilka razy w ciągu dnia, natomiast brak spadku przy podaniu tinct. opii w ilości 0.14 — 0.18 dziennie świadczy według *Hollo* o gruźliczem pochodzeniu gorączki.

Znaczną rolę w oznaczaniu czynności procesów gruźliczych odgrywają próby serologiczne zwłaszcza niespecyficzne. Próby te polegają na wykazaniu zaburzenia równowagi białkowej osocza czy surowicy krwi spowodowanej zwiększeniem ilości globulin na niekorzyść albumin.

Zmiany te powstają przy każdej sprawie zapalnej w organiźmie, połączonej z rozpadem tkanek. Po wykluczeniu innych przyczyn (ostre i przewlekłe sprawy zapalne i nowotwory n. p. zapalenie migdałków, appendicitis, adnexitis, sepsis) dodatni wynik prób serologicznych przy stwierdzonych zmianach w płucach świadczy o czynności procesu.

Próba niespecyficzna najczęściej używana, to odczyn Biernackiego (O. B.), polegający na oznaczaniu szybkości opadania czerwonych ciałek w krwi niekrzepnącej. Próba jest technicznie prosta: z żyły łokciowej możliwie na czczo pobiera się 1,6 cm^3 krwi, która następnie ze strzykawki wlewa się do próbówki zawierającej 0,4 cm^3 2.8% roztworu natrium citricum. Krew dobrze zmieszaną z natr. citr. naciąga się do specjalnych rurek Westergreen'a i umieszcza w odpowiednim stojaku. Po godzinie, oraz po 2-ch godzinach odnotowuje się poziom krwinek. Średnią oblicza się według wzoru Kotz'a $\frac{a+b/2}{2}$ gdzie a = ilości mm opadu w 1-szej godzinie, b = w 2-giej godzinie. Normalnie średnia u mężczyzn nie powinna przekraczać 3 — 4 mm. u kobiet 6 — 7 mm. W czasie menstruacji średnia może być wyższą, u dzieci wartości do 10 mm. uważa się za normalne.

Badanie seryjne u tego samego chorego daje wyniki znacznie pewniejsze. Inne próby niespecyficzne, których jest bardzo dużo, nie dają w praktyce wybitnie lepszych wyników niż O. B.

Wyniki prób specyficznych są trudniejsze w interpretacji, trudniejszą jest też i ich technika wykonania, tak, iż w obecnej postaci przeprowadzenie ich przerasta możności lekarza praktyka.

Systematyczne badanie obrazu białego krwi w razie posiadania mikroskopu jest w praktyce zupełnie możliwe i daje ważne wskazówki, w jakiej fazie walki znajduje się chory organizm, wymaga jednak to badanie wprawy i czasu.

Stwierdzenie przy pomocy badania fizykalnego, oraz roentgenem nowych przerzutów w płucach czy innych organach przemawia bezwzględnie za postępem i czynnością procesu.

Znaczne usługi zwłaszcza w braku aparatu roentgena oddać może spirometrja, przeprowadzana systematycznie w każdym przypadku. Ważnem jest poznanie życiowej pojemności płuc u każdego pacjenta, zmniejszenie pojemności po wykluczeniu niedomogi serca, znacznego uniesienia

przepony (ascites, bębnica) przemawia za wystąpieniem jakiejś sprawy zapalnej (naciekowej) w płucach zmniejszającej powierzchnię oddechową przez zajęcie pęcherzyków. Według *Kutschera'y* nacieki wczesne niedające wyraźnych zmian osłuchowych zmniejszyć mogą pojemność życiową płuc o 500 — 600 cm³. Zmniejszanie się stałe pojemności życiowej płuc przy stwierdzonym procesie gruźliczym świadczy o jego czynności i postępie.

Pojemność życiowa wynosi u zdrowego mężczyzny pomiędzy 18 — 50 r. ż. przeciętnie 3.700 cm³ — 3.500 cm³. Oznaczać pojemność najlepiej przenośnym spirometrem suchym (model Barnes'a).

Wartości tej metody nie mogę w tym referacie omawiać dokładniej, dane kliniczne i literatura w pracy: *Landau, Glass, Pruszyński.* O wartości klinicznej oznaczania pojemności życiowej płuc w przebiegu gruźlicy płuc. Polska Gazeta Lek. Nr. 7 i 8 1935 r.

W olbrzymiej większości przypadków, uwzględniając powyżej podane metody może lekarz oznaczyć rozległość i czynność stwierdzonych zmian gruźliczych w płucach. Często jednak zadawala się tem rozpoznaniem i przeocza zmiany gruźlicze n. p. w krtani, zwłaszcza jeśli chory nie skarży się na bóle; zmiany gruźlicze otrzewnej, nie przywiązuje należytej uwagi do niewielkich zmian na skórze czy w kościach, zmian gruźliczych w nerkach i t.d. Łatwo przeoczane są zmiany gruźlicze w krtani, stwierdzenie których wpływa przecież czasem decydująco na odpowiednie ustosunkowanie się do danego przypadku, na wybór miejsca i metody leczniczej itd. Badanie krtani powinno być więc przeprowadzone zawsze. Należy też pamiętać o powikłaniach niespecyficznych, a przedewszystkiem o cukrzycy i kile. W każdym przypadku stwierdzonej gruźlicy przed jakimkolwiek zabiegiem należy przeprowadzić dokładne badanie moczu a w razie stwierdzenia przeprowadzić oznaczenie rzeczywistej ilości cukru we krwi, zabieg rzecz prosta wykonać można dopiero po odcukrzeniu. Stwierdzenie kiły wikłającej gruźlicę wpłynąć może również na wybór metod leczniczych, spowoduje przeprowadzenie bardzo ostrożnej kuracji przeciwkiłowej przed zabiegami, wpłynie na nasze zdanie o charakterze zmian (mogą równocześnie wystąpić i zmiany kiłowe) zmieni prognozę przypadku.

Odwrotnie należy przy stwierdzonej kile myśleć zawsze o możliwości równoczesnego istnienia procesu gruźliczego w organiźmie, gdyż przeprowadzenie radykalnej kuracji przeciwkiłowej z reguły przyczynia się do pogorszenia i postępu sprawy gruźliczej, bardzo jaskrawe przykłady takich pogorszeń po salvarsanie obserwowaliśmy niejednokrotnie.

Zagadnienie „gruźlica a ciąża" wymaga osobnego, bardziej wyczerpującego omówienia, w każdym przypadku jednak, który lekarzowi praktykowi nasunie wątpliwości a więc n. p. w przypadku zajścia w ciążę osoby leczonej odmą, w przypadku stwierdzenia zmian w płucach bez zupełnie wyraźnych objawów czynności sprawy, należy zasięgnąć zdania lekarza specjalisty przed wykonaniem zabiegu czy zdecydowaniem nieprzerywania ciąży.

Krótkie te uwagi nie wyczerpują, rzecz prosta, tematu, podkreślają jedynie ważność komplikacji w ocenie przypadku.

Ocena stopnia niebezpieczeństwa, jakie chory przedstawia dla otoczenia, jest bardzo ważna ze społecznego punktu widzenia. Stopień niebezpieczeństwa jest różny, najgroźniejszymi są chorzy z otwartą gruźlicą kaszlący, którzy z racji swego zawodu stykają się z dziećmi: służące, ochroniarki, pielęgniarki, nauczyciele, na wsi starzy członkowie rodzin, którzy będąc zbyt niedołężni aby pracować zajmują się pielęgnacją dzieci. Ciężko chorzy leżący są już mniej niebezpieczeni, o ile niedopuszcza się do nich dzieci. Niebezpieczni są też dla otoczenia pracownicy chorzy w mleczarniach, piekarniach, sklepach spożywczych i aptekach. Stopień niebezpieczeństwa zmniejsza się w miarę postępu uświadomienia, oraz poprawy warunków higienicznych w warsztatach pracy.

Odpowiadając na wymienione cztery zasadnicze pytania lekarz określa, rozległość i czynność procesu gruźliczego, ilość i jakość powikłań, wreszcie stopień niebezpieczeństwa dla otoczenia, rozporządza więc potrzebnemi danemi, aby zdecydować, czy chodzi o przypadek zamkniętej nieczynnej, czy małoczynnej gruźlicy płuc nie wymagającej leczenia i izolacji, czy ma do czynienia z procesem gruźliczym niedużym, jednak otwartym i czynnym, takie przypadki nadają się w pierwszej linji do leczenia klimatycznego połączonego z leczeniem uciskowem (odma) o ile odpowiadają warunkom (przewaga zmian jednostronnych).

Czy też jest to przypadek, wykazujący zbyt wielkie zmiany czynne, niebezpieczny dla otoczenia, wymagający izolacji. Do izolacji nadają się też stare procesy nie wykazujące innych objawów czynności.

Spokojne rozważenie odpowiedzi na postawione początkowo pytania uchroni lekarza i chorego od nieprzemyślanych postanowień i poczynań, znikną wówczas z sanatorjów stare drobne nieczynne procesy płucne nie wymagające kosztownego leczenia sanatoryjnego. Obserwowaliśmy niejednokrotnie ludzi, którzy sprzedawali grunt, inwentarz byle tylko zdobyć pieniądze na leczenie i byli tak przejęci rozpoznaniem gruźlicy czynnej zbyt prędko postawionem, iż z trudnością tylko udawało się nam przekonać, że życiu ich nie grozi niebezpieczeństwo a zmiany małe i nieczynne nie wymagają leczenia sanatoryjnego.

Z drugiej strony znikną może też i przypadki rozpoznawane zbyt późno lub zbyt długo leczone konserwatywnie tam, gdzie koniecznem było szybkie założenie odmy piersiowej czy wyrwanie nerwu przeponowego i t. p. O niecelowości wysyłania chorych w stanie ciężkim z powikłaniami ze strony krtani i kiszek do sanatorjów odległych niejednokrotnie o setki kilometrów pisano i mówiono już dosyć.

Odnośnie do leczenia domowego powinien lekarz ogólny przyjąć jako zasadę, aby postępować bardzo ostrożnie zwłaszcza jeśli chodzi o metody chirurgiczne i o ile to jest tylko możliwem, niezakładać ambulatoryjnie odmy piersiowej, tembardziej, gdy niema możności kontroli roentgenowskiej, lecz na założenie i kilka początkowych chociażby dopełnień umieścić chorego w szpitalu lub sanatorjum. Dobry wynik leczenia odmą zależy w przypadkach dobrego ucisku od długości leczenia, czasokresu na jaki chory może przerwać pracę, oraz od jego warunków życiowych, wreszcie od sposobu przeprowadzania leczenia, gdyż technika i czas dopełniań odgrywają rolę niepoślednią.

Lekarz praktyk powinien naszem zdaniem posługiwać się aparatem cylindrowym, zbudowanym na zasadzie naczyń połączonych a nie znacznie coprawda prostszym lecz niebezpiecznym aparatem pompkowym, niepozwalającym dokładnie oznaczyć ilości wpompowanego powietrza, ani ciśnienia pod jakiem powietrze wprowadzamy. Ciśnienie to nie powinno przekraczać kilkunastu cm. słupa wody, ciśnienie zaś końcowe w jamie opłucnej nie może zwłaszcza w odmach świeżych przekraczać zera a lepiej utrzymywać je na poziomie niższym —2 do —1. Forsowanie lepszego ucisku płuca przez zwiększenie ciśnień zwłaszcza w przypadkach ze zrostami opłucnemi w praktyce ambulatoryjnej przynosi szkodę choremu a lekarzowi przysporzyć może wiele kłopotów i rozczarowań. Chorym wrażliwym lepiej robić dopełnienie po uprzednim znieczeleniu miejsca wkłócia 2 cm^3 roztworu polocainy z adrenaliną. Wskazanem jest założenie i kilka pierwszych dopełnień wykonywać nie ostrą igłą lecz igłą Salomona. W razie wystąpienia wysięku w jamie odmowej, czemu niejednokrotnie towarzyszą bardzo gwałtowne objawy ogólne, wysoka temperatura, apatja, bóle głowy, objawy ze strony narządu pokarmowego i t. d., musi lekarz umieć zachować zimną krew i umiar.

Szybkie i częste wypuszczanie płynu o ile niema indicatio vitalis, i zbyt wysokie ciśnienie w odmie, oraz polipragmazja pogarszają niejednokrotnie sytuację i zniechęcają chorego. Utrzymanie ciśnienia w jamie opłucnej na poziomie —0 jest najważniejszym zadaniem lekarza. Ewakuacja płynu, o ile to jest tylko możliwem odbywać się winna po ustąpieniu ostrych objawów zapalenia opłucnej

Nie należy też zapominać o tem, że poza obrazem wysięku w jamie odmowej ukrywać się może odma samoistna, komplikująca odmę sztuczną. Częsta kontrola ciśnienia, obraz roentgenowski, oraz badanie płynu wyjaśniają sytuację. Kontrola taka rzadko przeprowadzoną być może w warunkach domowych, dlatego też celowem jest umieszczenie chorego w czasie nasilonych objawów w szpitalu lub w pobliskiem sanatorjum.

Inne metody chirurgiczne, jak wyrwanie nerwu, plomba płucna, torakoplastyka bywają w olbrzymiej większości przeprowadzone w czasie dłuższego leczenia zakładowego po dokładnej obserwacji.

Przeprowadzenie leczenia specyficznego tuberkuliną w praktyce prywatnej jest zasadniczo możliwe, konieczną jest jednak dłuższa obserwacja chorego, wykonanie przed rozpoczęciem leczenia wszystkich badań pomocniczych w celu ustalenia charakteru procesowego, oraz dokładna kontrola

w czasie przeprowadzania leczenia. Dokładne prowadzenie wykresu temperatury, wagi, odczynu Biernackiego, badania fizykalne i kontrola roentgenowska pozwalają na uchwycenie wszelkiej szkodliwej reakcji, dobranie odpowiedniej dawki, ewentualnie utrzymanie leczenia. To samo odnosi się i do leczenia gruźlicy solami złota, w tym wypadku badać musimy jeszcze mocz po każdem wlewaniu dożylnem preparatu.

Przeprowadzenie omawianych sposobów leczenia bez możności ścisłej kontroli i znajomości techniki leczenia, sporządzania roztworów tuberkuliny, oznaczania dawki wyjściowej i t. p. świadczyć może jedynie o braku poczucia odpowiedzialności u lekarza. Dokładne omówienie wskazań i techniki przekracza ramy referatu, szczegóły w cyt. wyżej dziele *W. Neumanna*, oraz *Bandelier, Roepke* „Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose“.

O szkodliwości przeprowadzania leczenia w praktyce prywatnej najrozmaitszemi preparatami, które nie zdobyły sobie prawa obywatelstwa na klinikach i w sanatorjach nie trzeba chyba nikogo przekonywać. Leczeniu pomocniczemu solami wapnia, preparatami witaminowemi, prep. fosforowemi nic nie stoi na przeszkodzie, unikać jednak należy stosowania w przypadkach gruźlicy czynnej preparatów zawierających arsen, gdyż przyczynić się to może do zaostrzenia procesu, to samo zastrzeżenie należy uczynić odnośnie do schematycznego stosowania naświetlań lampą kwarcową czynnych postaci gruźlicy płuc.

Przy istnieniu odpowiednich warunków mieszkaniowych (balkon, ogród) można zupełnie dobrze przeprowadzać leczenie powietrzem (werandowanie) dbać jedynie należy o zabezpieczenie chorego przed promieniami słonecznemi (w gruźlicy płuc).

Przeprowadzenie celowego leczenia domowego gruźlicy płuc jest możliwem, jakkolwiek nie jest to sprawa łatwa, leczenie takie wymaga dużo silnej woli i dobrych chęci tak ze strony lekarza jak i chorego, pomijając konieczność opanowania techniki rozpoznawczej i leczniczej przez lekarza. Wielę błędów popełnia się jeszcze ciągle przy leczeniu krwotoków płucnych, przesadne unieruchomianie chorego w pozycji niewygodnej, tłumienie odruchów kaszlowych morfiną, kompresy lodowe zmieniane ciągle przez całe dnie, rozkaz spożywania potraw zimnych, łykanie lodu, sprzyja jedynie łatwiejszemu pozostawaniu krwi w oskrzelach powstawaniu przerzutów w płucach i kataru żołądka, pozatem podobne zarządzenia pogarszają już i tak zły stan psychiczny chorego, środki wymienione stosować należy bez przesady, a morfiny nie używać wogóle.

Celowemi są wlewania dożylne roztworu 10% soli kuchennej z dodatkiem ½ — 1 ampułki wyciągu z tylnego płatu przysadki mózgowej, wlewania wykonywać należy bardzo wolno ze względu na możliwość wstrząsu, ważnem jest również podtrzymywanie akcji serca (ol. camphor, cardiosol). Działanie innych środków farmaceutycznych jest niepewne. O ile krwawienie jest ciężkie, a uda się nam stwierdzić z którego płuca pochodzi (osłuch, zdjęcie roentgenowskie) najracjonalniejszem jest założenie odmy piersiowej.

W leczeniu objawowem unikać należy zbyt pohopnego podawania narkotyków i to w sporych dawkach, niestety ta reguła nie jest ściśle przestrzeganą. Omawianie dokładniejsze metod leczniczych nie jest możliwem, sprawę tę dobrze i zwięźle przedstawia w swym podręczniku *A. Girauld* „Klinika gruźlicy płuc”, tłumaczenie polskie wyd. Ars. Medici, Warszawa 1934, który każdemu lekarzowi interesującemu się gruźlicą płuc można polecić.

Równocześnie z leczeniem przeprowadzić musi lekarz izolację chorego i przedsiębrać inne środki zapobiegające zakażeniu otoczenia. Kwestja ta posiada pierwszorzędne znaczenie społeczne, odpowiednio wcześnie i radykalnie przeprowadzona ochrona otoczenia jest jednym z podstawowych warunków skutecznej walki z gruźlicą. Najbardziej na zakażenie narażone są dzieci zwłaszcza małe, zdane w zupełności na pomoc rodziców. Jak wielkiem jest niebezpieczeństwo zakażenia, ilustruje chociażby ostatnio ogłoszona statystyka *Wirtz'a* „Das Schicksal der Säuglinge aus offentuberkulöser Umgebung” Zeitschr. f. Tub. Tom 74, zeszyt 5. Z 168 dzieci w otoczeniu których stwierdzono gruźlicę, zakażonych zostało 113 dzieci, czyli 67,2% z tego zmarło 13 dzieci (7,7%), z tego w I-ym roku życia zmarło 8-ro dzieci, w II-gim roku życia, 3-je, w III-cim 2-je.

Źródło zakażenia stanowił ojciec w 58,9% przypadków, matka w 21,4%, krewni lub osoby z otoczenia w 19,1% przyp.

Statystyka ta jak i wiele innych nie wymaga komentarzy. Ciekawym jest tylko fakt potwierdzony kilkakrotnie w czasach ostatnich, iż ojciec jest częstszym źródłem zakażenia. W bliższe tłumaczenie tego zjawiska nie możemy się tutaj wdawać.

Najradykalniejszą metodą izolacji jest umieszczenie chorego prątkującego w sanatorjum czy szpitalu, aż do zaleczenia, względnie o ile przypadek jest beznadziejny, w domu izolacyjnym do końca życia. W niektórych krajach Rzeszy Niemieckiej (Turyngja) wprowadzono przymusowe odosobnienie osób prątkujących, których warunki domowe nie pozwalają na przeprowadzenie izolacji wewnątrz mieszkania względnie chorych, którzy do zaleceń lekarza nie stosują się (asocjalni).

W naszych warunkach przeważnie taka radykalna izolacja nie jest możliwą, lub tylko na czas niewystarczający do zaleczenia, tembardziej ściśle przeprowadzoną być musi izolacja chorego w obrębie domu. Osobne łóżko, parawan, spluwaczka tekturowa, którą spala się po napełnieniu, osobne naczynia, ręcznik, zakaz bawienia i całowania dzieci, i t. p. Te zarządzenia dadzą się uskutecznić nawet w złych warunkach domowych, ewent. przy pomocy poradni. W świetle wyżej przytoczonej statystyki już rygorystycznie przeprowadzona izolacja chorego w obrębie rodziny i odpowiednie uświadomienie otoczenia mieć mogą znaczny wpływ na spadek ilości zakażeń specjalnie we wczesnym dzieciństwie, kiedy dziecko samo jeszcze nie porusza się, a który to okres jest najniebezpieczniejszym dla dziecka.

W razie niemożności odosobnienia chorego, należy starać się dzieci najbardziej narażone umieścić w prewentorjach, co jednak z powodu zbyt małej liczby miejsc jest u nas bardzo trudno przeprowadzić. Łatwiej już umieścić takie dzieci w okresie letnim na kolonjach organizowanych corocznie, jednak z wykluczeniem dzieci wykazujących jakiekolwiek czynne zmiany gruźlicze.

Do metod zapobiegawczych należy również szczepienie noworodków z rodzin gruźliczych szczepionką Calmette'a. Technika szczepienia doustnego jest bardzo łatwa, otrzymanie szczepionki nie napotyka na żadne trudności, na przeszkodzie stoi jednak konieczność izolowania dziecka na przeciąg conajmniej 4-ch tygodni po przeprowadzeniu szczepienia i umieszczenia go w otoczeniu zupełnie zdrowem. Dzieci szczepione muszą też podlegać częstej i dokładnej kontroli lekarskiej.

Pomimo tych piętrzących się trudności, lekarz mający zaufanie rodziny, potrafi przeprowadzić niejedno zarządzenie i znaleźć posłuch dla swoich rad. Następnem ważnem zadaniem, jakie spada na lekarza praktyka, to obserwacja i dalsze leczenie chorych, którzy opuścili szpitale i sanatorja. Krótki przeciętny czas leczenia, jaki wykazują nasze zakłady, uniemożliwia przeprowadzenie długiego leczenia np. odmą w czasie pobytu w zakładzie. Często też chorzy po wykonaniu innych zabiegów, jak wyrwanie nerwu przeponowego, plastyka, nie są w stanie długo przebywać w zakładzie i opuszczają go przed osiągnięciem definitywnych wyników leczenia.

Lekarz praktyk decyduje o dalszych losach chorego, winien więc zapoznać się dokładnie z przebiegiem choroby i leczenia, zażądać opisu przebiegu, oraz zdjęć z zakładu, gdzie chory był leczonym. Na podstawie perjodycznych badań kontrolnych, lekarz decyduje o możności powrotu do pracy, ewentualnie w razie stwierdzenia pogorszenia o konieczności ponownego wyjazdu do sanatorjum, czy wykonaniu dodatkowego zabiegu. O podaniu ścisłych jakichś wskazówek w tym referacie mowy być nie może, podkreślić tylko należy, że kontrola musi być szczegółowa, że wszystkie badania pomocnicze dostępne dla danego lekarza, muszą być perjodycznie wykonywane. W przypadkach wątpliwych powinien lekarz porozumieć się z zakładem, gdzie zabieg wykonano, przesyłając swe spostrzeżenia, lub z lekarzem specjalistą.

W ten sposób możnaby uniknąć przynajmniej w części tych przypadków, kiedy chorzy, którzy np. po wyrwaniu nerwu przeponowego opuścili zakład z wybitną poprawą bez prątków i t. d., powracają z tak dużemi zmianami drugostronnemi, że o leczeniu aktywnem mowy już być nie może. Zmiany te uchwycone wcześniej mogłyby uledz w pewnym odsetku przypadków zaleczeniu przy zastosowaniu leczenia uciskowego. Wina leży też zresztą często po stronie chorego, który nie zgłaszał się do kontroli, czując się dobrze.

Nie lepiej przedstawia się sprawa z kontynuowaniem leczenia odmą, oraz z ustaleniem czasu zaprzestania leczenia. Do-

pełnianie nieregularne, zbyt wysokie ciśnienia, brak kontroli roentgenowskiej, nieracjonalny tryb życia chorego, niezawsze celowe leczenie w czasie ewentualnego wysięku sprawiają, iż leczenie odmą w wielu przypadkach nie daje tego rezultatu jaki dać powinno. Odnosi się to również do zbyt wczesnego przerwania leczenia odmą. Często lekarz ulega presji chorego, któremu ciążą dopełnienia dokonywane od 2 — 3 czy nawet 4-ch lat. Odpowiedzialność lekarza jest właśnie w tych przypadkach bardzo wielką, to też z reguły decydować o zaprzestaniu leczenia odmą powinien zakład (klinika, sanatorjum ,szpital), o ile zaś jest to niemożliwem, przyjąć należy za zasadę, iż kontrola w okresie zaprzestania leczenia powinna być specjalnie sumienna i drobiazgowa. Dopełnienia należy robić mniejsze, lecz nie przerywać ich nagle, w tym okresie rozwijające się płuco musi być kontrolowane często roentgenem, wykonuje się szereg badań plwociny w kierunku obecności prątków Kocha — przeprowadza się dokładne krzywe temperatury, wagi i odczynu Biernackiego. W razie stwierdzenia jakiegokolwiek pogorszenia należy niezwłocznie dopełnić odmę. Takie postępowanie może zapobiedz zbyt szybkiej likwidacji odmy, rozwinięciu się ponownemu niezabliźnionej jamy i powstawaniu nowych przerzutów. Rzecz prosta, iż najlepsza nawet kontrola i technika dopełnień nie da rezultatów tam gdzie uciśnięcie jamy będzie niemożliwem (zrosty, jama zbyt wielka, zmiany włókniste w otoczeniu itd.) lub gdzie przejście procesu na opłucną z następowym wysiękiem ropnym, pęknięcie jamy czy inne komplikacje przekreślą nasz najlepiej ułożony i wykonywany plan leczenia. Wobec coraz szerszego stosowania odmy lekarz praktyk powinien zaznajomić się z techniką leczenia zwłaszcza tam, gdzie brak jest szpitali i poradni. Mutatis mutandis, to samo odnosi się do dalszego leczenia tuberkuliną, solami złota i t. d. W każdym przypadku najważniejszym zadaniem lekarza praktyka będzie uchwycenie najwcześniejsze ponownego skoku choroby i skierowanie pacjenta do zakładu ewentualnie zadecydowanie o dalszym sposobie leczenia przy użyciu wszelkich stojących do dyspozycji metod.

Kwestja ostatnia utrzymania kontaktu pomiędzy lekarzem praktykiem, leczącym chorego a lekarzem poradni, lekarzem szkolnym czy urzędowym i organizacjami walki z gruźlicą, jest bodaj najtrudniejszą do rozwiązania, zależy od wielu warunków miejscowych i osobistych, oraz sposobu przeprowadzenia.

W interesie ogółu lekarz nie powinien i nie może n. p. zataić gruźlicy otwartej stwierdzonej u nauczyciela czy dziecka uczęszczającego do szkoły, jakkolwiek przyznaję, iż brak ustaw emerytalnych uwzględniających w pierwszej linji nauczycieli, u których stwierdzono gruźlicę a niemających jeszcze odpowiedniej liczby lat służby bardzo utrudnia wszelkie radykalne postępowania. Z kwestją tą łączy się również jeszcze nie wprowadzony u nas przymus badania roentgenowskiego i bakterjologicznego wszystkich wstępujących na służbę nauczycieli. W każdym przypadku wspólne i życzliwe rozważenie wszystkich możliwości przez zainteresowanych lekarzy z jaknajdalej idącym uwzględnieniem interesów chorego, może tylko dać dobre wyniki.

Współpraca z poradnią przeciwgruźliczą powinna być jaknajbardziej harmonijną, w zasadzie poradnie nie zostały stworzone dla lecznictwa gruźlicy, jednak warunki jakie w dziedzinie rozpoznania i leczenia gruźlicy płuc panują (zresztą nietylko u nas) zmusiły poradnie do stworzenia stacji leczenia odmą, oraz leczenia specyficznego. Jak ważną jest omawiana kwestja świadczy fakt, iż jednym z 3ch głównych tematów IX Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego, jaki odbył się we wrześniu 1934 w Warszawie, było wykorzystanie poradni przeciwgruźliczych do leczenia gruźlicy. Większość krajów niedysponujących odpowiednią ilością specjalnych oddziałów szpitalnych i specjalistów phtysiologów wypowiedziała się za leczeniem w poradniach przeciwgruźliczych, zwłaszcza jeśli chodzi tylko o pewne wymienione metody leczenia przedewszystkiem o odmę piersiową. Lekarz praktyk powinien więc korzystać z poradni i kierować do poradni wątpliwe przypadki celem rozstrzygnięcia i ustalenie leczenia, czy dopełnień odmy, o ile sam nie jest w stanie leczenia odmą przeprowadzać, powinien wreszcie do przebadania posyłać otoczenie chorego, jeśli nie może tego z jakichkolwiek powodów wykonać. Spostrzeżenia lekarzy praktyków posiadają dla poradni wielkie znaczenie w wyszukiwaniu źródła zakażenia. Nie musimy dodawać, że kierownika

poradni obowiązuje w stosunku do kolegów praktyków najdalej idąca lojalność.

Zdajemy sobie sprawę, iż referat niniejszy nie przynosi nic nowego poza tezami dawno już znanemi, że poszczególne tematy winny być szeroko rozwinięte, aby dać rzeczywistą korzyść lekarzowi praktykowi. Z drugiej strony wiemy o tem, że niestety tak minimalne żądanie jak osobne łóżko dla chorego jest w wielu przypadkach nieosiągalnem marzeniem pacjenta i lekarza a nasze wywody o konieczności częstego badania roentgenem spotykają się tylko ze wzruszeniem ramion.

Uważamy jednak, że pomimo to koniecznem jest ciągłe powracanie do spraw zasadniczych, koniecznem jest wprowadzenie pewnego ładu w myśleniu i postępowaniu odnośnie do gruźlicy a postęp na jaki zwłaszcza w ostatnich latach 10-ciu zdobyliśmy się w ciężkich warunkach będzie wówczas tem większy.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Zespół dokrewno-wątrobowo-sercowy. (Le syndrome endocrino-hepatocardiaque). De Gennes, Delarue et de Vericourt.

Presse Medicale N. 20. 1936.

Autorzy podają opis chorego, młodego 20 letniego człowieka, u którego wystąpiły objawy niewydolności serca, poprzedzone uczucie ogólnego osłabienia, oraz brakiem prawidłowego rozwoju płciowego. Charakterystyczną cechą stanu chorego były: ogromne serce, przesiękowy płyn w jamie brzusznej, powiększona bardzo twarda wątroba, wreszcie specjalne sino - brunatne zabarwienie powłok skórnych. Badanie sekcyjne wykazało ogromne rozszerzenie serca, marskość wątroby, silne nacieczenie barwikowe wątroby, trzustki, zaniki narządów dokrewnych, szczególnie trzustki, tarczycy, nadnerczy i jąder. Autorzy podają inny opis podobnego przypadku, w którym również stwierdzono marskość wątroby, ciężką pierwotną niewydolność serca, niedorozwój płciowy z zanikiem jąder i wtórnych cech płciowych. W obu opisanych przypadkach objawy dokrewne zdawały się występować pierwotnie i poprzedzać powiększenie wątroby, niewydolność krążenia i brunatne zabarwienie skóry. Badanie elektrokardjograficzne, wykonane w trzecim podobnym przypadku, wykazało rozkojarzenie przedsionkowo - komorowe, spłaszczenie krzywej, z której w końcu znikają prawie całkowicie wzgórki P i T.

Autorzy rozpoczęli w następstwie doszukiwać się u chorych z marskością wątroby opisanych zmian dokrewnych i w pewnej liczbie przypadków znaleźli te same zmiany dokrewne i te same zaburzenia sercowe, potwierdzone czy to przez badanie elektrokardiograficzne, czy też przez badanie kliniczne.

Zespół kliniczny utworzony jest więc przez trójcę objawów dokrewno - wątrobowo - sercowych. Objawy dokrewne występuje pierwsze jako zanik jąder, któremu towarzyszą objawy infantylizmu regresywnego, jak zanik uwłosienia, wtórnych cech płciowych, etc. Częściej chorują jednostki młode, szczególnie mężczyźni. W przebiegu choroby szybko występują objawy ciężkiej niewydolności sercowo - naczyniowej w towarzystwie charakterystycznego brunatnego zabarwienia skóry. Wątroba ma charakter wątroby marskiej, serce jest wielkie, trójkątne, krzywa elektrokardjograficzna prawie zawsze jest w całości spłaszczona. Naparstnica i ouabaina oddziaływują słabo na niewydolność serca, chorzy naogół chudną i mają liczne dolegliwości żołądkowe. Zmiany anatomopatologiczne tego cierpienia są szczególnie ciekawe, gdyż rozszerzeniu serca nie towarzyszą histologiczne zmiany włókien sercowych, natomiast stwierdza się marskość wątroby i ciężkie uszkodzenia trzustki, tarczycy, nadnerczy, jąder. Ani alkoholizm, ani kiła nie były przyczyną marskości wątroby u opisanych chorych, a ponieważ pierwotne ich dolegliwości i zmiany miały charakter dokrewny, wnioskują autorzy, że zaburzenia i zmiany narządów dokrewnych były pierwotną przyczyną tak marskości wątroby, jak i niewydolności serca, tem bardziej że badania chorych z marskością wątroby wykazały u nich podobne zaburzenia dokrewne (astenia, ichthyosis, obniżenie podstawowej przemiany materji, zanik jąder i wtórnych cech płciowych). Nie wiadomo jednak, który z gruczołów dokrewnych był pierwotnie zmieniony, i wywołał wtórnie zmiany w innych gruczołach. Jednakże ani usunięcie tarczycy, ani usunięcie jąder, ani usunięcie nadnerczy nie doprowadzało nigdy do wystąpienia marskości wątroby. Przysadka, choć wykazywała w opisanych przypadkach zmiany barwikowe, nie była jednak histologicznie zmieniona, nie można jej więc obwiniać, co byłoby możliwe jak np. w chorobie Simmonds'a, o wywołanie zaniku tarczycy, jąder i nadnerczy. Doświadczalnie stwierdzono natomiast u kotów z usuniętą trzustką hemochromatosę i siderosę wątroby oraz zanik jąder. Nasuwa to myśl, że w powstaniu opisanego zespołu przypada trzustce pierwszorzędna rola. Najbardziej uderzającym spostrzeżeniem w opisanym zespole jest jednak ciężka niewydolność serca, pomimo braku zmian histologicznych włókien sercowych i braku wady serca. Podobnie ciężkie niewydolności serca bez zmian histologicznych stwierdzono w przebiegu marskości wątroby, a także u osób z zanikiem nadnerczy, przysadki mózgowej i jąder.

Autorzy idąc za *Walserem* i *Laubry* nazywają ciężką niewydolność serca przy zupełnym braku zmian histologicznych włókien mięśnia sercowego „myocardią". Ciężkich zmian serca pomimo jego nacieczenia barwikiem nie stwierdza się naogół w przypadkach czystej marskości wątroby, natomiast występują one u tych chorych, u których marskości wątroby towarzyszą zmiany ze strony narządów dokrewnych. Rozszerzenie atoniczne serca opisano także w przypadku upośledzonej czynności tarczycy z następczą poprawą po zastosowaniu opoterapji, oraz w przypadkach zaburzenia czynności wydzielniczych jajników. Autorzy przypuszczają, że w opisanym zespole istnieje związek przyczynowy między niewydolnością trzustki a rozszerzeniem i niewydolnością serca.

Oddźwięk stanów dokrewnych w sercu. (La repercussion des etats endocriniens sur le coeur). Binet et Weller.

Bull. et Mem .de la Soc. Med. des Hop. de Paris. N. 28. 1935.

Autorzy podają wyniki swych badań nad zawartością glutationu, ciała składającego się z jednej drobiny cysteiny, skojarzonej z drobiną kwasu glutaminowego i drobiną glikokollu. Autorzy określili glutation w sercu różnych zwierząt, oraz badali zachowanie glutationu u zwierząt, pozbawionych pewnych narządów dokrewnych.

U kręgowców mięsień sercowy zawiera znacznie więcej glutationu od mięśni szkieletowych.

Badania glutationu u zwierząt, pozbawionych przytarczyczek, przysadki mózgowej, jajników, tarczycy i trzustki wykazały, że po usunięciu, tarczycy, a także po usunięciu trzustki, zawartość glutationu w mięśni sercowym wyraźnie się obniża. Ponieważ glutation odgrywa pewną rolę w procesach utleniania i redukcji spadek glutationu jest biochemicznym dowodem, że usunięcie tarczycy i trzustki działa szkodliwie na serce.

O charakterystycznym objawie klinicznym rozszerzenia pęcherzyka żółciowego. (Sur un signe clinique caracterisant les distensions vesiculaires). Ghiray et Malinski.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris N. 29. 1935.

Stwierdzenie wypełnionego płynem i rozszerzonego pęcherzyka żółciowego nie zawsze jest łatwe. Charakterystyczne cechy pęcherzyka, jego kształt zaokrąglony i swoista spoistość, nie zawsze są tak wyraźne, a ponadto w tych przypadkach i wątroba jest wypełniona żółcią, jej brzeg się zaokrągla i również zmienia swą spoistość. Stwierdzenie zaokrąglonego kształtu pęcherzyka jest również trudne międzv innemi z powodu ograniczonego pola badania, czasami wreszcie nieprawidłowe ukształtowanie wątroby mylnie jest brane za pęcherzyk żółciowy. Autor zaleca sposób badania pęcherzyka, który pozwala go nietylko wyczuwać, ale i widzieć. Sposób ten jest następujący. Badający siedzi po prawej stronie chorego, leżącego na wznak z zupełnie rozluźnionemi mięśniami, oddychając swobodnie. Palec wskazujący badającego, leżąc na brzuchu chorego nieco poniżej i równolegle do dolnego brzegu wątroby łagodnie lecz z całej siły uciska powłoki brzuszne, wielki palec obejmuje prawy bok chorego. Jeżeli w tej chwili następuje głęboki wdech widzi się uwypuklenie, odpowiadające pęcherzykowi, uwydatniającemu się między brzegiem wątroby i uciskającym palcem. Uwypuklenie to znika przy wydechu, powraca przy następującym wdechu.

Czkawka posurowicza. (Le hoquet post-serothérapique). Mironescu et Lazarescu.

Bull. et. Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris N. 6. 1936.

Opis przypadku, w którym u chorego, leczonego surowicą przeciwąglikową, wystąpiły objawy choroby posurowiczej. Równocześnie z objawami choroby posurowiczej zjawiła się uporczywa ciężka czkawka, trwająca tak długo, jak długo trwały objawy choroby posurowiczej i znikająca razem z nimi. Autorzy przypuszczają, że i czkawka była objawem choroby posurowiczej i zwracają uwagę na ten nowy objaw uczulenia.

Lecznictwo w roku 1935. (La therapeutipue en 1935.) Harvier et Perrault.

Paris Médical. N. 49, 1935.

Leczenie chorób zakaźnych. Szereg autorów zwraca uwagę na leczniczą wartość szczepienia anatoksyną w przebiegu zakażeń gronkowcami. Oddawna wiedziano, że gronkowce wytwarzają ciała toksyczne, jednakże nie można było otrzymać ich ciał czynnych, gdyż wartość toksyczna szczepów gronkowców jest bardzo różna, czasami żadna. Dopiero w ostatnich czasach otrzymano anatoksynę gronkowców, przygotowaną w zupełnie podobny sposób, w jaki otrzymuje się anatoksynę błoniczną. Anatoksyna ta posiada stałą i wysoką wartość, pozwalającą ją stosować w celach leczniczych, tak w przypadkach skórnych zakażeń gronkowcami, jak też w przebiegu zapaleń szpiku kostnego, ropnicy, ropni, etc. Anatoksyna pobudza ustrój do wytwarzania antitoksyny we krwi, wartość anatoksyny musi więc być wysoka i dawka odpowiednio duża, by ustrój mógł wytworzyć dostateczne ilości antitoksyny. *Nelis* zaleca następujący sposób stosowania anatoksyny: w pierwszym tygodniu dwa wstrzyknięcia anatoksyny, rozcieńczonej do połowy, za pierwszym 1/4, za drugim razem 1/2 cm^3. W drugim tygodniu również dwa wstrzyknięcia rozcieńczonej anatoksyny za pierwszym razem 3/4, za drugim 1 cm^3. W trzecim tygodniu wstrzykuje się 0,6 cm^3 za pierwszym razem. 0,85 za drugim razem, nie rozcieńczając już anatoksyny. Czwartego i piątego tygodnia leczenia daje się po 1 cm^3 anatoksyny czystej. *Ramon* zaleca tylko 3 wstrzyknięcia anatoksyny czystej w 15 dniowych odstępach, dając za pierwszym razem 1/2, za drugim1, za trzecim razem 2 cm^3. Wstrzyknięcia są podskórne w okolicy między łopatkowej. W miejscu wstrzyknięcia wytwarza się czasami zaczerwienienie i bolesny obrzęk, czasami także ruchy ramienia po stronie wstrzyknięcia bywają ograniczone i bolesne. Odczynów ogniskowych niema, odczyn ogólny wyraża się ogólnem złem samopoczuciem, bólami głowy, bólami całego ciała, gorączką nie przekraczającą naogół 38 st., w pewnych przypadkach jednak gorączka szczególnie po pierwszym wstrzyknięciu przekracza 40 st. Dodatnie działanie leczenia anatoksyną stwierdzono przez różnych autorów w około 600 przypadkach, jednakże pomimo to, że w surowicy osób leczonych stwierdzono przeciwciała gronkowcowe, nie można twierdzić z absolutną pewnością, że wyleczenie nastąpiło na skutek stosowania anatoksyny, wiadomo bowiem, że niejednokrotnie w ciężkich zakażeniach gronkowcami wyleczenie samoistne następuje. Choć niezrozumiałe jest w jaki sposób anatoksyna zwalcza zakażenie zarazkami, których właściwości toksyczne są tak niestałe, stanowi ona jednak pożyteczny środek leczniczy warty wypróbowania, gdyż okazuje niejednokrotnie swe skuteczne działanie.

Szczepienia szczepionką żywą zostały zastosowane w przebiegu żółtej febry. Jadowitość tej szczepionki zmniejsza się przy przeprowadzeniu jej przez białą mysz. Stosowane dawniej trzykrotne szczepienia zastąpiono obecnie, wprowadzonem przez *Nicolle* i *Laigret* szczepieniem jednorazowem; zarazek stosowany w żółtku jaj w oliwie, lub też w jednem i drugiem równocześnie.

Szczepienia żywą szczepionką wywołały krytyki, *Findlay* twierdził, że obecność zarazka żółtej febry we krwi krążącej jest niebezpieczne dla chorego i dla otoczenia, jednakże w odpowiedzi *Laigret* zaznacza, że nigdy jeszcze krew nawet u chorych szczepionych i gorączkujących nie okazała się chorobotwórczą dla myszy, że chorzy ci nigdy nie spowodowali zakażenia w otoczeniu, że wreszcie metoda ta daje doskonałe wyniki. W rzadkich przypadkach mniej więcej raz na 1500 szczepień następuje odczyn oponowo - mózgowy, który przebiega łagodnie i znika w ciągu kilku dni. To powikłanie nie może zdyskredytować metody, która

pozwala ochronić od żółtej febry ludzi, narażonych na zakażenie, w krajach, gdzie cierpienie to panuje stale.

Szczepienia żywemi gronkowcami zastosował *Mane* w przypadku ogólnego poporonieniowego zakażenia gronkowcem złocistym. Gronkowcami w postaci zawiesiny smarowano zadraśnięcia skórne. Chora poprawiła się bardzo szybko. Autor wyraził przypuszczenie, że ten sposób leczenia możnaby zastosować w przypadkach choroby *Oslera*.

Girard zalecał szczepienia ochronne żywemi zarazkami dżumy. Na Madagaskarze u 47000 szczepionych w ten sposób nie stwierdzono żadnych powikłań, natomiast u szczepionych statystyka zgonów dochodziła do 0,47, u nieszczepionych natomiast do 16,60 na 1000.

Szczepienia za pomocą szczepionki BCG narażone są na ostre krytyki. Jednakże dotychczasowe doświadczenia nie wykazały ani razu powiększenia się jadowitości tych szczepów. Przytaczane jako dowód szkodliwości BCG powikłania kliniczne, które miały być następstwem szczepienia BCG, nie utrzymują się przy zastosowaniu ściślejszej krytyki, gdyż w opisywanych przypadkach zapalenia opon mózgowych albo laseczników *Kocha* nie znajdowano, albo stwierdzane laseczniki należały do typu ludzkiego, tymczasem wiadomo, że laseczniki BCG są typu bydlęcego.

Ochrona przed zakażeniem za pomocą szczepienia BCG nie jest zupełna, wiadomo, że zakażenie jest zawsze możliwe, jeżeli działa wystarczająca dawka zarazków. Należy wobec tego pamiętać, że dzieci, które otrzymały BCG muszą żyć w podobnie higienicznych warunkach i podobnie unikać zakażenia jak dzieci, które BCG nie otrzymały. Wartość odpornościowa BCG jest mniejsza od zakażenia mniejszą ilością zarazków jadowitych, BCG, uczulając jednostkę szczepioną czyni ją tylko bardziej odporną w stosunku do zakażenia pierwotnego o średniem nasileniu, a zakażenia masywne zachowują całą swą jadowitość tak u jednostek szczepionych, jak i u nieszczepionych. Nawet i u jednostek szczepionych BCG odczyny skórne na tuberkulinę, występują dość słabo i są dowodem, że alergja wytwarza się powoli. W każdym razie jak długo odczynu skórnego niema, tak długo należy i osoby szczepione chronić przed wszelką możnością zakażenia, a gdy odczyn skórny jest dodatni należy chronić je przed zakażeniem masywnem.

Szczepionka przeciwtrądowa *Vaudremer'a* usuwa przedewszystkiem objawy uczuleniowe trądu (bóle, obrzęki, gorączkę, etc.), nie wpływając na zmiany zasadnicze. Ciekawe jest to z tego względu, że chaulmoogra wpływa na objawy zasadnicze, nieuczuleniowe, na które także i różne środki wstrząsowe jak złoto, arszenik, autohemoterapja również wielkiego działania nie mają.

Leczenie węglem zalecane w różnych ostrych chorobach zakaźnych, polega na śródżylnych wstrzykiwaniach węgla, stosowanych codzień lub co drugi dzień, w ciężkich przypadkach nawet dwa razy dziennie. Wstrzykuje się 2% zawiesinę węgla zwierzęcego w przekroplonej wodzie w ilości od 3—5 cm³. Cięższych odczynów ogólnych naogół się nie spotyka. Korzystne wyniki tej metody leczniczej są opisywane w czyraczności, wągliku, ostrym zapaleniu gruczołów i dróg chłonnych, zapaleniu rzeżączkowem stawów, ostrem zapaleniu pęcherzyka żółciowego, wrzodzie żołądka, colibacillozie, etc. W ostatnich czasach węgiel zwierzęcy zamieniono węglem roślinnym. Działanie węgla ma polegać na jego właściwościach absorbujących i adsorbujących, może także na wprowadzeniu w grę mechanizmów innej natury, np. właściwości elektrycznych, pozatem wprowadzenie węgla powiększa także liczbę ciałek białych krwi. Metoda ta, nie pociągając za sobą następstw szkodliwych, jest pożytecznym sprzymierzeńcem w walce z chorobami zakaźnemi.

Rentgenoterapja. W ostatnich latach zalecano stosowanie promieni *Roentgena* w przypadkach czyraków szczególnie twarzy, ropni pachowych, ropni piersi, w ostrych sprawach zapalnych jamy ustnej, przełyku i zatok, w zapaleniach trąbek, w sprawach zapalnych ostrych odbytnicy, guzach krwawnicowych, etc. Sposób działania promieni *Roentgena*, które naogół stosuje się w dawkach małych i tem mniejszych, im bardziej jest ostra sprawa zakaźna, nie jest wyjaśniony. Pod wpływem promieni powstaje miejscowa alkaloza, rozszerzenie naczyń włosowatych i powiększenie krążenia chłonki.

Leczenie chemiczne. Leczenie złotem w przebiegu gruźlicy, według zdania autorów bardziej umiarkowanych, posiada pewną wartość. Osiąga się poprawę stanu ogólnego, a tem samem także i stanu płuc, co nieraz pozwala na założenie odmy, nie dającej się uskutecznić poprzednio. Jednakże leczenie złotem powinno być przerwane, gdy występują jego powikłania, a w każdym razie nie może prowadzić do straty czasu i odwlekania bardziej celowych sposobów leczenia.

Leczenie złotem zachowuje swą pełną wartość w przebiegu przewlekłego zapalenia stawów. Złoto stosuje się wtedy we wstrzyknięciach domięśniowych raz lub dwa razy tygodniowo w dawkach średnich lub małych po 0,1 cm³ serjami po 1,5 gr., z przerwami 6—8 tygodniowemi. Zachowanie się opadania krwinek w przebiegu leczenia jest najlepszym sprawdzianem jego działania.

Wyniki spostrzeżeń nad działaniem złota w przebiegu kiły nie są jednolite, natomiast bardzo ciekawe i godne uwagi jest spostrzeżenie, że działanie złota wątpliwe w przebiegu kiły, niepewne w przebiegu gruźlicy, jest dodatnie i efektowne przy połączeniu się tych obu cierpień, przy równoczesnym zakażeniu kiłą i gruźlicą.

Antymon podawany śródżylnie okazał się, jak wynika z bardzo wielu prac, pożytecznym środkiem leczniczym w przebiegu kala-azar, stosowano także jego przetwory w przebiegu leishmaniozy, bilharziozy, choroby *Hodgkina*, choroby *Favre'a* (ziarnica pachwinowa). Stosowana ostatnio sól organiczna antymonu (antimoniothiomalate litium) jest ciałem słabo toksycznem, a równocześnie czynnem. Leczenie rozpoczyna się wstrzykiwaniami od 0,06, następnie, powiększając stopniowo dawki o 0,03—0,06 dochodzi się powoli do 0,30 na dawkę. Wstrzyknięcia robi się trzy razy w tygodniu. Przy większych dawkach występują czasami bóle reumatyczne kończyn, w tych przypadkach powtarza się wstrzyknięcia dawek niebolesnych, dochodząc do dawek pełnych 2 — 4 gr. na jedną serję leczniczą. Po 3—4 tygodniowej przerwie można leczenie rozpocząć na nowo.

Chlorowodorek sulfamidochrysoidyny ma być środkiem zwalczającym zakażenia paciorkowcem hemolizującym. Właściwości antyseptyczne tego środka są słabe, działanie jego zaznacza się głównie in vivo, nie in vitro. Dobre wyniki otrzymywano szczególnie w przypadkach ropowicy, róży, ropnego zapalenia opon mózgowych, etc. Szczególnie w przypadkach róży spadek ciepłoty następować ma w przebiegu 24 godzin, występuje również poprawa ogólna, miejscowe działanie zaznacza się zmniejszeniem objawów zapalnych, widocznem już 3—4 dnia. Środek zdaje się być całkowicie nieszkodliwym. Ponieważ jest zbyt słabo rozpuszczalny, kojarzy się wstrzykiwania śródżylne z podawaniem doustnem. W przypadkach ciężkich wstrzykuje się 20—100 cm^3 śródżylnie, dając równocześnie 6—12 tabletek a 0,25 doustnie, po jedzeniu w ciągu 3—4 dni. Po wyleczeniu klinicznem wskazane jest podawanie środka jeszcze w ciągu kilku dni w małych dawkach. U dzieci dawki się odpowiednio zmniejsza. Pod wpływem tego leczenia mocz nabiera barwy koloru mahoniu.

Leczenie surowicą porażeń błoniczych wywołało liczne spory. W ostatnich pracach przeważa zdanie, że surowicę należy wstrzykiwać nawet w przypadkach tylko podejrzanych o porażenia, jeżeli chorzy nie byli jeszcze leczeni, lub też u chorych z porażeniami, którzy otrzymali niewystarczające dawki surowicy. Natomiast wstrzyknięcie surowicy wydaje się zbędne u chorych, u których porażenia wystąpiły pomimo wystarczającego leczenia. Inni autorzy zwracają uwagę przy porażeniach na bardzo korzystny wpływ wysokich dawek strychniny, naogół dobrze przez dzieci znoszonych.

Minel zaleca w zapaleniu ogólnem nerwów codzienne śródżylne wstrzykiwania wzrastających dawek chlorku wapnia (od 2—10 cm^3 10% rozczynu), połączonych z powolnie wzrastającemi dawkami autohemoterapji (również od 2—10 cm^3), albo ze wstrzykiwaniami śródżylnemi peptonu (¼ cm^3 rozczynu 0,25 na cm.), albo też ze wstrzykiwaniami śródskórnemi kilku kropli jadu żmiji.

Leczenie tężca kurarą. Kurara, jak wiadomo, wywołuje porażenie mięśni poprzecznie prążkowanych i mięśni oddechowych. Chlorowodorek kurariny podaje się w dawkach 1/10 mg. co 4 godziny, powiększając stopniowo dawkę do 1/2 mg. co 4 godziny. Jest to metoda lecznicza, wymagająca jeszcze dalszych badań dla określenia jej niebezpieczeństw i jej wyników. Równocześnie z kurarą stosuje się środki uspakajające (brom, morfina, etc.) i leczenie antytoksyczne.

Chirurgja i leczenie układu sercowonaczyniowego. W Ameryce wprowadzono jako środek leczniczy bardzo ciężkich stanów niewydolności krążenia i pewnych napadów dusznicy bolesnej, całkowite usunięcie tarczycy. Zabieg ten dał podobno u 130 chorych dodatnie wyniki. Podstawą zabiegu jest związek, istniejący między szybkością krążenia krwi i wysokością podstawowej przemiany materji, im większą jest ta ostatnia, zależna ze swej strony od czynności tarczycy, tem szybsze jest krążenie krwi. Zużycie tlenu przez tkanki jest również tem mniejszem, im mniejszą jest podstawowa przemiana materji. Uzasadnienie lecznicze metody spoczywa prawdopodobnie w zmniejszeniu zużycia tlenu przez tkanki po usunięciu tarczycy i w następczem odciążeniu serca. W literaturze francuskiej istnieją jednak spostrzeżenia związku niewydolności krążenia i dusznicy bolesnej z niewystarczalnością tarczycy; chorych tych leczono z wynikiem dodatnim przetworami tarczycy. Metoda usuwania tarczycy jako środek, zmniejszający szybkość krążenia, jest niezrozumiała w przypadkach niewydolności z zastojami żylnemi, gdzie szybkość krążenia i tak jest zmniejszona. W przypadkach, w których dokonano zabiegu, objawy hypotyroidyzmu są nieznaczne, jak przypuszczają, prawdopodobnie dzięki wyrównawczemu przerostowi przytarczyczek, które histologicznie po usunięciu tarczycy się zmieniają, nabierając cech nadczynnego gruczołu tarczowego. Zabieg jest wskazany tylko u chorych, u których zawodzą zwykłe metody leczenia niewydolności krążenia, a także po wyleczeniu przyczyny zasadniczej zmian narządu krążenia (choroby reumatycznej, kiły, zakaźnego zapalenia wsiedzia, etc.), wreszcie zabieg jest wskazany u osób, których stan krążenia nie jest zbyt ciężki, tak by zabieg mogły jeszcze znieść i pod jego wpływem się poprawić. Ocena przypadków do zabiegu jest wobec tego trudna. Kryterja przytoczone przez autorów amerykańskich są słabe, uważają oni, że od zabiegu należy wykluczyć osoby, których podstawowa przemiana materji jest zmniejszona więcej, niż o 15%, a nadają się do niego ci chorzy, których krążenie poprawia się pod wpływem samego spoczynku w łóżku. Śmiertelność operacyjna jest słaba, nie przekracza 10%, u około 20% chorych zabieg nie daje żadnego wyniku, natomiast u pozostałych chorych ma występować wyraźna poprawa, akcja serca się zwalnia, zmniejszają się obrzęki, chorzy mogą wrócić do pracy.

Leczenie chirurgiczne dusznicy bolesnej jest przedmiotem licznych sporów. Według *Leriche'a* atak dusznicy bolesnej wywołany jest skurczem naczyń, całkowicie podobnym do napadów skurczów naczyniowych w zmienionych tętnicach. Skurcz może być wyzwolony przez bodziec, znajdujący się bądź w tętnicach wieńcowych, bądź w mięśniu sercowym, w tętnicy głównej, a nawet poza sercem, idąc drogą odruchową przez zwój gwiaździsty z jednej strony do rdzenia pacierzowego, z drugiej strony do gładkich mięśni naczyń. Ból według *Leriche'a*. jest tylko najbardziej krzyczącym, ale nie najniebezpieczniejszym objawem ataku dusznicy bolesnej. Celem zabiegu nie jest zniesienie bólu, ale przecięcie drogi odruchu, wywołującego skurcz naczyń, co następuje po usunięciu ośrodka odruchu, znajdującego się w zwoju gwiaździstym, albo po przecięciu włókien dośrodkowych, które dochodzą do tego zwoju, albo wreszcie po przecięciu włókien, zwężających naczynia wieńcowe serca. Leriche operował 20 chorych z dusznicą bolesną, w ani jednym przypadku nie było zejścia śmiertelnego, ani razu stan chorych się nie pogorszył. Zabieg więc, choć technicznie trudny, nie jest niebezpieczny i nie pogarsza stanu serca. Na tych 20 chorych u 2 rozpoznanie było źle postawione, u 6 zabieg nie jest dość odległy dla ostatecznej oceny jego następstw, u reszty wystąpiła mniejsza lub większa poprawa. Zdania są podzielone co do rodzaju operacji. *Danielopolu* obawia się usunięcia zwoju gwiaździstego, *Leriche* natomiast uważa, że jeżeli zabieg jest przeprowadzony łagodnie z systematyczną kokainizacją łańcucha nerwu współczulnego, nie przedstawia on niebezpieczeństw, przynajmniej u 110 operowa-

nych *Lericha*, z których 14 operowano obustronnie nie było ani razu zejścia śmiertelnego, i nie wystąpiły zmiany w elektrokardjogramie. Rozważania teoretyczne i doświadczalne przemawiają za koniecznością wykonania zabiegu obustronnie, praktyczne doświadczenie uczy jednak, że chorzy poprawiają się i po zabiegu jednostronnym. Do zabiegu nadają się przedewszystkiem chorzy bez zmian elektrokardiograficznych, a także z początkowym zwężeniem naczyń wieńcowych. W tych wszystkich przypadkach zabieg powinien być wykonany wcześnie, jeżeli zmiany serca są za duże, wyniki są wątpliwe. W czasie zabiegu zalecają *(Lian* i *Welti)* naprzód znieczulenie zwoju przez pokropienie go novatropiną, następnie przecięcie włókien dośrodkowych, a na samym końcu usunięcie zwoju. Zabieg w każdym razie wymaga wielkiej rozwagi, ostrożności i łagodności operującego.

L e c z e n i e c z ę s t o s k u r c z u z a t o k o w e g o przez różnego rodzaju zabiegi na nerwie współczulnym szyjnym dają dobre wyniki w przypadkach stałego częstoskurczu, pogarszającego się pod wpływem najmniejszych bodźców, np. wzruszenia lub wysiłku fizycznego. Badania histologiczne usuniętych zwojów gwaździstych wykazały w tych przypadkach wyraźne zmiany. Ponieważ zespoły częstoskurczowe są zupełnie oporne na inne sposoby leczenia, zabiegi te, które nie przedstawiają poważniejszego niebezpieczeństwa, pozostają jak dotychczas jedynym skutecznym sposobem leczniczym.

A n t y s e p t y c z n e w s t r z y k i w a n i a ś r ó d t ę t n i c z e. Pomimo opisywanych przez różnych autorów ujemnych, a nawet niebezpiecznych następstw tych wstrzyknięć, są one zalecane w przypadkach wyjątkowych, gdy wszystkie inne metody zawodzą. Do takich przypadków należą zakażenia członków, grożące koniecznością amputacji. W takich stanach jedno wstrzyknięcie może ocalić kończynę. Wstrzykuje się do tętnicy udowej 10, do tętnicy łokciowej 5 cm^3 następującego roczczynu: fiolet gentiany 1 gr., 95% alkoholu 10 gr., wody 100 gr. Przeciwskazaniem do wstrzyknięcia jest zmniejszenie się wskaźnika oscylometrycznego po stronie chorej w stosunku do strony zdrowej. Wstrzyknięcia mają nie być niebezpieczne, jeżeli się zwraca uwagę na zachowanie tego wskaźnika; twierdzenie, że są one mniej niebezpieczne od wstrzyknięć śródżylnych jest może niecałkiem pewne. Zastanawiając się nad przyczynami nieszczęśliwych powikłań po wstrzyknięciach śródtętniczych wyrażano przypuszczenie, że powikłania te zostały wywołane z jednej strony miejscowo przez oswobodzenie ciał histaminowych, z drugiej strony przez większe wytrząsanie adrenaliny do krwi. Aby zbadać sposób reagowania na ciała wstrzykiwane, zalecano wykonanie intradermoreakcji z adrenaliną, zbadanie reakcji skórnej z histaminą, wreszcie badanie dermografizmu. W każdym razie metody i wskazania do stosowania wstrzykiwań dotętniczych nie są jeszcze należycie opracowane, wskazana jest więc wielka rezerwa w ich zastosowaniu.

B e z p o ś r e d n i e l e c z e n i e p o o p e r a c y j n e g o z a p a l e n i a ż y ł p r z e z i n f i l t r a c j ę n e r w u w s p ó ł c z u l n e g o l ę d ź w i o w e g o n o v o c a i n ą daje szczególnie dobre wyniki, jeżeli jest zastosowane wcześnie, jeszcze przed tworzeniem się obrzęku. Bardzo szybko znikają bóle, zmniejsza się ciepłota i znikają obrzęki. Zabieg na lędźwiowym nerwie współczulnym ma na celu zmniejszenie stanu napięcia naczyń, już w kilka sekund po zabiegu występuje podmiotowe i przedmiotowe ocieplenie kończyny i powiększa się wskaźnik oscylometryczny. Zabieg daje dobre wyniki w stanach zapalnych tętnicy, zatorze tętnicy udowej w pourazowych zespołach naczynioruchowych, etc.

D o s e r c o w e w s t r z y k i w a n i a o u a b a i n y są szeroko dyskutowane. W ostatnich czasach badania doświadczalne na psach doprowadziły do następujących wyników: ouabainę wstrzykuje się dosercowo w stanach pozornej śmierci, gdy wszystkie inne środki, podawane śródżylnie lub domięśniowo, zawiodły. Ouabaina daje lepsze wyniki od adrenaliny w przypadkach porażenia przedsionków i w przebiegu znieczulenia chloroformowego, natomiast adrenalina jest bardziej wskazana przy zatrzymaniu się komór. Adrenalina w dawce 0,001 jest bardziej wskazana przy zapadach pochodzenia naczyniowego (choc) ouabaina w dawce 1/4 mg. w zapadzie pochodzenia sercowego. W każdym razie wskazane jest, gdy jeden z tych środków zawiedzie, zastosowanie drugiego.

O c t a n o l j e s t c i a ł e m, obniżającem ciśnienie skurczowe krwi, wskazanem w nadciśnieniu tętniczem, w przypadkach zapalenia nerek z obrzękami, dalej w przebiegu krwotoków. W nadciśnieniu daje się 10—12 wstrzyknięć śródżylnych wodnego rozczynu octanolu w dawce 5—10 cm^3 codzień lub co drugi dzień. Zaburzenia czynnościowe poprawiają się już po 3—4 wstrzyknięciach, później powiększa się diureza, wreszcie najpóźniej i to niestale zmniejsza się ciśnienie krwi. Poprawa trwa 2—6 miesięcy. Powikłań po tych wstrzyknięciach nie spotykano.

L e c z e n i e c h o r ó b k r w i. Przy rozpoznawczem stosowaniu czerwieni Conga spostrzeżono, że ma ona wpływ korzystny na stan niedokrwistości złośliwej. Poprawa następuje szybko już po kilku dniach wstrzykiwań 0,5% czerwieni *Congo* w dawkach 9—20 cm^3, podawanych codzień lub co drugi dzień. Ponadto czerwień *Congo* zalecana jest w przypadkach krwioplucia i krwotoków ogólnych. Jest to środek leczniczy nie pociągający za sobą powikłań, mający, zdaje się, działanie bardziej złożone, niż dotychczas przypuszczano.

L e c z e n i e c h l o r o z y i c i e r p i e ń p o k r e w n y c h. *Chevalier* zwraca uwagę w licznych pracach, że chloroza, która jakoby miała się stać cierpieniem rzadkiem w istocie panuje nadal i złączona jest z licznemi cierpieniami, pozornie, zupełnie różnemi jak: glossitis anterior, prurigo, nieżyty błony śluzowej żołądka, etc. *Chevalier* twierdzi, że chloroza jest cierpieniem o różnych objawach, wśród których niedokrwistość samoistna odgrywa tylko rolę cięższego zespołu objawowego. Wspólnym organicznym objawem tych wszystkich zespołów jest nieżyt zanikowy żołądka, który, albo może przebiegać bez żadnych innych dolegliwości, albo też może mieć następstwa oddalone, np. nerwoanemiczne, tarczycowe, etc. Żelazo odgrywa najpoważniejszą rolę, jako jedyny skuteczny środek leczniczy tych wszystkich stanów, świadcząc równocześnie o wspólnem patogenetycznem pochodzeniu tych zespołów chorobowych. Działanie żelaza jest tylko wtedy skuteczne, gdy jest ono podawane w dawkach dużych, najmniej 2 gr. dziennie, średnie dawki wahają się od 3—6 gr.

dziennie. Jedynym przykrym objawem tego leczenia są rozwolnienia. Przypuszczają, że korzystne działanie żelaza nie polega tylko na wytwarzaniu hemoglobiny, ale, że żelazo działa podobnie jak chinina w przebiegu zimnicy, rtęć w przebiegu kiły.

W p ł y w m l e k a k o b i e c e g o n a z a t a m o w a n i e k r w a w i e ń. Krwawienia chorych na krwawiączkę mają ustawać po przyłożeniu tamponu z waty, przepojonego mlekiem kobiecem i pozostawieniu go w miejscu około dwóch dni.

Według *Lindenfelda* krwawienia miejscowe, które nie ustępują pod wpływem adrenaliny, zatrzymują się po zastosowaniu mleka kobiecego.

P r z e l e w a n i e k r w i w s t a n a c h p r z e w l e k ł e g o p o w i ę k s z e n i a ś l e d z i o n y należy wykonywać z wielką rozwagą wobec ciężkich powikłań, a nawet śmierci, stwierdzanej w następstwie przelewania krwi w tych stanach.

L e c z e n i e a g r a n u l o c y t o z y p r z e z p o c h o d n e k w a s u n u k l e i n o w e g o. W ostatnich czasach stwierdza się często przypadki agranulocytozy, nie pierwotnej, lecz występującej w następstwie leczenia arsenobenzolem, bismutem, związkami złota, amidopyriną, dinitrophenolem.

Rokowanie tych przypadków jest niedobre. Do niedawna tylko radioterapja kości długich i przelewania krwi były jedynemi środkami leczniczemi tych stanów i nawet one często zawodziły. Dopiero wprowadzenie pochodnych kwasu nukleinowego pozwoliło osiągnąć lepsze wyniki lecznicze. Metoda leczenia opiera się na stałej obecności we krwi pochodnych kwasu nukleinowego, na występowaniu leukocytozy po wstrzyknięciu nukleinatu sodu i wreszcie na doświadczeniach wykazujących, że szczury leukopeniczne po zatruciu benzolem wracają do zdrowia po zastosowaniu kwasu nukleinowego. W ostrych agranulocytozach wstrzykuje się śródżylnie w ciągu 4 dni 0,7 nukleotidów rozpuszczonych w 100 cm³ wody śródmięśniowo codziennie aż do wyleczenia. Poprawa występuje już 4—5 dnia, stosowanie środka nie pociąga za sobą żadnych powikłań. Wprowadzenie tej metody do leczenia agranulocytozy znacznie zmniejszyło stopień śmiertelności tego cierpienia, którego rokowanie dotychczas było prawie zawsze złe.

O ukrytej niewydolności korowo-nadnerczowej w przebiegu przewlekłych chorób żołądkowych. (L'insuffisance cortico-surrenále masquée au cours d'affections digestives chroniques). M. D e m o l e.

Presse Médicale. Nr. 27. 1936.

Autor opisuje dyskretne objawy niewystarczalności korowej nadnerczy, przebiegające głównie pod postacią ciemnego zabarwienia skóry, niskiego ciśnienia krwi, osłabienia, spadku wagi, a więc objawów, mogących się tłomaczyć innym zespołem chorobowym, jeżeli temu zespołowi towarzyszą, a nie są tak wybitne i charakterystyczne, by nasunąć myśl o niewydolności nadnerczy. W przypadkach tych leczenie cierpienia zasadniczego nie poprawia objawów nadnerczowych, dopiero zastosowanie wyciągu kory nadnerczy pozwala osiągnąć poprawę i równocześnie zwraca uwagę na istotę objawów chorobowych. Autorzy opisują trzy podobne przypadki, w których objawy zespołu niewydolności kory nadnerczy były właściwie jakby przykryte przez znacznie wyraźniejsze objawy równoczesnego cierpienia przewodu pokarmowego. W tych właśnie przypadkach wyodrębnienie zespołu nadnerczowego i zastosowanie odpowiedniego leczenia może mieć wpływ na czynnik dokrewny, poprawiając tem samem stan ogólny chorych.

Rozpoznanie jest u tych chorych dość trudne, gdyż objawy niewydolności nadnerczy, osłabienie, niskie ciśnienie krwi, spadek wagi, brunatne zabarwienie skóry, jednakże bez nagromadzenia barwika na błonach śluzowych, mogą być tłomaczone cierpieniem zasadniczem. Na pochodzenie nadnerczowe cierpienia wskazuje jednak w tych przypadkach niski poziom cukru we krwi, a przedewszystkiem podwyższenie tego poziomu pod wpływem hormonu kory nadnerczy, kortyny. Jak wykazują badania autora, poziom cukru we krwi ludzi normalnych nie podwyższa się po wstrzyknięciu kortyny, natomiast podnosi się w przypadkach zaburzeń wielogruczołowych, w przebiegu choroby *Addisona*, w niektórych przypadkach gruźlicy płucnej. Podwyższenie poziomu cukru po wstrzyknięciu kortyny może więc mieć znaczenie rozpoznawcze dla zmian czynnościowych nadnerczy, szczególnie jeżeli występuje w połączeniu z wyżej opisanemi objawami. Przyczyną niewydolności nadnerczy w tych przypadkach są albo ich zmiany czynnościowe, albo nieznaczne anatomiczne, nie mające jednak tła gruźliczego. Autorzy z naciskim zwracają uwagę, że opisany zespół objawów towarzyszy często cierpieniom przewodu pokarmowego różnego pochodzenia, nie jest więc wykluczone, że zaburzenia przyswajania pokarmów doprowadzają do uszkodzenia gruczołów dokrewnych, w szczególności nadnerczy. Na pochodzenie nadnerczowe całego zespołu wskazuje w badanych i opisanych przypadkach korzystny wynik podawania kortyny, którą autor stosuje w małych dawkach 2 cm³ dziennie w ciągu 1 — 2 tygodni. Korzystne działanie kortyny zaznacza się bardzo szybko, chorzy wracają do sił, zmniejsza się brunatne zabarwienie skóry, ciśnienie krwi się jednak nie podnosi wyraźnie, a poziom cukru we krwi, jeżeli nawet nie jest wysoki, nie podwyższa się i po śródżylnem wstrzyknięciu kortyny.

O działaniu wyciągów z jąder na obniżenie poziomu cukru we krwi w przebiegu cukrzycy. (Sur l'action hypoglycemiante de l'extrait testiculaires dans le diabete). C o r n i l e t et P a i l l a s.

Presse Médicale. N. 27. 1936.

Oddawna zwracano uwagę na zaburzenia czynności gruczołów płciowych u chorych cukrzycowych lub też u zwierząt z cukrzycą doświadczalną. Niemoc płciowa stwierdzona przez *Parisot'a* u 80% chorych cukrzycowych ma być wywołana uszkodzeniem anatomicznem jąder. Zwracano również uwagę na pewną współmierność między występowaniem cukrzycy, a początkiem lub też zakończeniem życia płciowego. Cukrzyca młodzieńcza w około 50% przypadków rozpoczyna się równocześnie z okresem dojrzewania.

Wzajemna zależność trzustki i jąder została stwierdzona za pomocą badań doświadczalnych, wykazujących, że np. u kotów całkowite usunięcie trzustki wywołuje zmiany zanikowe w jądrach. Jądra zdają się ponadto odgrywać pewną rolę w przemianie węglowodanowej już za pomocą innego

mechanizmu, oddziaływując na wątrobę. Stwierdzono, np., że wątroba kapłona jest mniejsza od wątroby koguta, że łatwiej jest wywołać glikozurję pokarmową u królika wytrzebionego, niż u królika normalnego. Dotychczasowe spostrzeżenia wskazują na to, że jądra mają szczególne działanie na zużytkowanie cukru. Wykonane w tym kierunku badania wykryły, że wyciągi jąder, stosowane podskórnie, zmniejszają polyurję i glikozurję oraz poziom cukru we krwi. Autorzy zapomocą przygotowanego przez siebie wyciągu jąder wołu, stosowanego śródżylnie w ilości odpowiadającej 10 gr. substancji (10 cm³) u 10 chorych cukrzycowych, stwierdzili istotnie bardzo wyraźne obniżenie poziomu cukru we krwi. Wpływ tych wyciągów na wydzielanie moczu zaznacza się wyraźnie u chorych z polyurią, u których wydzielanie moczu zmniejsza się, natomiast chorzy z prawidłowem wydzielaniem moczu nie reagują na wyciągi z jąder. W większości przypadków zmniejsza się bardzo wyraźnie cukromocz. Bywają jednak i takie przypadki, w których poziom cukru we krwi nietylko nie opada, ale się nawet podnosi, i takie, które zupełnie na wyciągi jąder nie reagują.

Zastanawiając się nad sposobem działania wyciągu jąder na przemianę węglowodanową przypominają autorzy swe badania doświadczalne, w których wykazali, że wstrzykiwanie wyciągu jąder świnkom morskim wywołuje u nich przerost wysepek *Langerhansa*. Możnaby więc przypuszczać, że działanie wyciągów odbywa się drogą pobudzenia czynności trzustki. Autorzy zwracają przytem uwagę, że działanie wyciągów powinno być szczególnie wyraźne u tych jednostek, u których istnieją już wyraźne zaburzenia czynności wydzielniczej jąder. Badania interferometryczne przeprowadzone przez autorów dowiodły, że istotnie działanie wyciągów jąder jest szczególnie wyraźne u tych chorych cukrzycowych, u których istnieją pewne zaburzenia czynności płciowych, u niektórych z tych chorych stwierdzono także zaburzenia czynności trzustki. Jednakże wśród chorych badanych interferometrycznie, u których stosowanie wyciągów jąder pozwoliło osiągnąć wyraźny wynik leczniczy, byli i tacy, u których nie wykazano zaburzeń czynności płciowych przy zupełnie pewnych zaburzeniach czynności trzustki.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych przy kile wrodzonej u dzieci, symulujące gruźlicze zapalenie opon. (La méningite hérédo-syphilitique subaiguë évolutive de l'enfant simulant la méningite tuberculeuse). R. D e b r é, J. Ma n i i A. B e r n a r d — Pichon.

Revue franc. de Pédiatrie N 1, 1936.

Na podstawie piśmiennictwa, i paru własnych zupełnie typowych przypadków, autorzy szczegółowo omawiają cechy kliniczne tego rzadko spotykanego cierpienia u dzieci z kiłą wrodzoną.

Zajęcie opon w kile wrodzonej przebiega najczęściej skrycie i bezobjawowo, lecz czasami wyraża się zespołem objawów klinicznie wyraźnych, a symulujących całkowicie podostry gorączkowy przebieg gruźliczego zapalenia opon.

Żadna cecha kliniczna, ani wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego nie pozwalają na odróżnienie tych zupełnie różnych co do etjologji, rokowania i leczenia chorób.

Kiłowe zapalenie opon może wystąpić u niemowlęcia, jak i u dziecka starszego. Zejście może być różne: całkowite wyleczenie, śmierć, lub niezupełne wyleczenie (niedorozwój psycho-motoryczny).

Leczenie swoiste ma wybitny wpływ na przebieg cierpienia, lecz powinno być energicznie i długo stosowane. Należy jednak pamiętać, że przypadki kiłowego schorzenia opon u dzieci, przebiegające jako zespół objawów oponowych są wielką rzadkością; wyleczenie za pomocą środków przeciwkiłowych absolutnie nie dowodzi etjologji kiłowej, gdyż u dzieci względnie często zdarzają się odczyny oponowe uleczalne, w związku z różnemi zakażeniami o powinowactwie neurotropowem. Należy pamiętać także o możliwości gruźliczego lub innych schorzeń oponowych u dzieci kiłowych, a więc z odczynem Wassermann'a dodatnim w płynie mózgowo-rdzeniowym. Rozpoznanie różniczkowe w podobnych przypadkach może nastręczać nieprzezwyciężone trudności. Autorzy przytaczają przypadek gruźliczego zapalenia opon u dziecka 9cio letniego, z odczynem WR. dodatnim w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Przyczynek do badań nad zakażeniem czerwiami u dzieci kilka objawów klinicznych. (Contribution à l'étude de l'invasion helminthique chez les enfants et quelques symptômes cliniques). S. E. K a t z m a n n.

U dzieci robotników i kolejarzy okręgu kolejowego Mińska (Z.S.S.R.) na ogólnym materjale 2.200 dzieci stwierdził autor obecność czerwi jelitowych w 90,2% (przeważnie oxyuris lumbricoides). Jak wynika z przytoczonych przez autora danych, w różnych miastach Z.S.S.R. otrzymano liczby zakażeń czerwiami u dzieci dochodzące prawie do 100%. Autor obwinia o te liczby brak kanalizacji w mieście, jako „vestiges de l'ancien régime", ale natychmiast dodaje, — że „cet état des choses n'existe plus actuellement".

Wobec tego, że prawie każde dziecko ma czerwie jelitowe, podawane przez autora objawy rozpoznawcze (kliniczne) tracą zupełnie na wartości: punkt bolesności na linjji sutkowej lewej, o jeden 1 cm³ poniżej brzegu żeber, oraz język „poziomkowy". Podobnież dla różniczkowania w przypadkach objawów ostrej niedrożności wymagającej zabiegu chirurgicznego, wydaje się, że badanie kału na pasożyty jelitowe będzie stratą czasu. Autor sądzi, że masowe leczenie przeciwczerwiowe winno zmniejszyć nerwowość dzieci i „powiększyć ich postępy w pojmowaniu wykładanych przedmiotów".

Jako leczenie stosuje autor santoninę ze środkiem czyszczącym, dodając słusznie, że często leczenie to nie daje wyników. Pracę pedjatry komplikuje nieznajomość zupełna podstaw helmintologji. Należy stworzyć stacje „przeciwczerwiowe" i odbywać pogadanki z dziećmi i rodzicami.

Naogół — nic nowego.

Wartość praktyczna leczenia surowicą choroby Heine-Medin'a, (Vakur pratique de la sérothérapie pour le traitement de la maladie de Heine Médin). Paul Girand i Jouvre.

Revue franc. de Pédiatrie, N 1, 1936.

Na podstawie 16 przypadków, autorzy dochodzą do wniosków następujących: leczenie surowicą (Pétit'a), lub surowicą ozdrowieńców, w okresie przed-porażennym choroby Heine-Medin'a wydaje się dawać dobre wyniki. Każdy przypadek podejrzany (zespoły oponowe w czasie epidemji choroby Heine-Medin'a) powinien być leczony surowicą; w ten sposób można spodziewać się otrzymać zupełne wyleczenie bez następnych porażeń. Rozpoznanie jednak cierpienia w tym okresie nastręcza dużo niepewności.

Leczenie surowicą już w okresie porażennym może dawać również dobre wyniki pod warunkiem wczesnego zostosowania surowicy w dużych dawkach (50 — 100 cm^3 codziennie do 200 —300 cm łącznie) podskórnie lub domięśniowo. Wlewanie surowicy do kanału rdzeniowego nie daje lepszych wyników.

Najważniejszem wskazaniem jednak do leczenia surowicą są przypadki ciężkie, postępujące, z zajęciem opuszki. W tych przypadkach otrzymuje się nieraz całkowite wyleczenie prawie bez następstw.

Odwrotnie, leczenie surowicą nie posiada wpływu na ustabilizowanie porażenia. W tych przypadkach na pierwszem miejscu należy postawić diatermję, elektro- i mechanoterapję. Za okres nadający się do leczenia surowicą należy uważać pierwsze dwa tygodnie od chwili wystąpienia objawów chorobnych. Na swoim materjale chorych, autorzy stosując surowicę nie mieli ani jednego zejścia śmiertelnego, natomiast wpływ leczenia na objawy porażenne nie da się ściśle sprecyzować.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Uwagi na temat leczenia olbrzymich przepuklin pachwinowo-mosznowych (Considérations sur les énormes hernies scrotales). Cadenat.

Mem. de l'Académie de Chir. Nr. 1 styczeń 1936.

Jednem z przeciwskazań do operacji przepuklin pachwinowo-mosznowych jest nadmierna ich wielkość. Jednakże autor operował kilkakrotnie przepukliny sięgające do połowy uda, pomimo to otrzymywał wyniki dobre. Operował tylko przepukliny jednostronne przy dobrem ogólnem stanie chorego. Nie operował przypadków powikłanych nadmierną otyłością, przewlekłym nieżytem oskrzeli, cukrzycą i t. p.

Przy zabiegu operacyjnym stosował autor bądź znieczulenie rdzeniowe, bądź miejscowe, chorego układa w położeniu Trendelenburga, ułatwiającem odprowadzenie trzew z worka przepuklinowego do jamy brzusznej. Worek przepuklinowy w tych przypadkach jest zazwyczaj w silnych zrostach z otoczeniem, tak że wyseparowanie go jest trudne, to też autor pozostawiał go w worku mosznowym bez podwiązywania po odcięciu i zaszyciu wrót przepuklinowych. Powrózek nasienny wycinał przytem na przestrzeni kilku cm. co pozwalało mu na całkowite i pewniejsze zamknięcie otrzewnej i dokładniejsze zaszycie mięśni.

Opierając się na dodatnich wynikach swoich zabiegów, autor uważa, że przepukliny pachwinowe olbrzymie należy operować i to jak najwcześniej aby niedopuścić do zlepiania się pętli jelit, wytworzenia przepukliny nieodprowadzalnej, a tem samem pogorszenia warunków przy ewentualnej operacji w razie uwięzgnięcia.

Przyczynek do badań nad zmianami w napięciu układu nerwowego roślinnego w czasie i po zabiegach operacyjnych. (Role du systeme nerveux vègétatif dans les opérations chirurgicales et leurs suites). M. Hustin.

Mem. de l'Academ. de Chir. Nr. 5 luty 1936.

Zmiany w napięciu układu nerwowego roślinnego zaznaczają się między innemi bardzo wyraźnie w grze naczyń obwodowych — włośniczek — w ich zwężaniu się i rozszerzaniu. Te zmiany zaś powodują, że ciepłota skóry odcinków obwodowych, więc przedewszystkiem dłoni i stóp — waha się, przy tem — przy zwężeniu naczyń — spada, przy rozszerzaniu —wzrasta. Zjawisko to występuje fizjologicznie w ciągu doby, w ten sposób, że ciepłota kończyn w nocy jest wyższa od ich ciepłoty dziennej. (podczas gdy ciepłota ogólna ciała zmienia się w kierunku przeciwnym). Te wahania ciepłoty kończyn wskazywałyby na przewagę napięcia nerwu współczulnego w dzień, a nerwów przywspółczulnych w nocy. Wykorzystując te dane autor próbował określić zaburzenia w układzie roślinnym, występujace w przebiegu i po operacjach przez mierzenie temperatury dłoni i stóp. W tym celu już w przeddzień operacji zakładał choremu na stałe 3 termometry: do kiszki stolcowej, w dłoni zamkniętej i owiniętej watą i na stronie podeszwowej nagiej stopy.

W wyniku tych badań autor dochodzi do przekonania, że zaburzenia naczynioruchowe w czasie i po operacji dadzą się podzielić na 3 okresy. Pierwszy — trwający około 36 godzin (od kilku godz. przed operacją do wieczora dnia następnego pooper.), w którym następuje zwężenie naczyń obwodowych — przewaga nerwu współczulnego. Jest to okres rozpadu tkanek, osłabienia całego organizmu. Drugi okres — od drugiego dnia do 5 — 6 dnia po operacji — cechuje się trwałem rozszerzeniem naczyń, a więc wzmocnieniem napięcia nerwów przywspółczulnych, osłabieniem napięcia nerwu współczulnego. Okres ten odpowiada okresowi odbudowy tkanek po zabiegu. Wreszcie trzeci okres od 7 — 9 dnia, kiedy to powraca do normy napięcie nerwu współczulnego, a równowaga naczynioruchowa przedstawia wahania dzienno nocne stanu normalnego.

Podobne zaburzenia w układzie naczynioruchowym autor stwierdził po dożylnem wstrzyknięciu szczepionek.

Ze spostrzeżeń swoich nie wysuwa autor narazie żadnych wniosków praktycznych i stanowią one jedynie przyczynek do trudnego i skomplikowanego zagadnienia zaburzeń pooperacyjnych w organiźmie.

Podawanie dożylne krwi pobranej od osób zmarłych (La transfusion du sang de cadavre aux êtres humains). Prof. S. S. Judine.

La Presse Méd. Nr. 4, styczeń 1936.

Podawanie dożylne krwi stosuje się teraz bardzo często, jednakże wskazania do tego zabiegu są nieraz tak pilne i występują tak nagle, że

niezawsze można odrazu znaleźć odpowiedniej grupy dawcę.

Od 1930 r. autor pobiera krew od osób zmarłych, przechowuje ją w lodowni, nawet po parę tygodni, i krew tą podaje dożylnie, zamiast przetoczenia ich od dawców żywych. Doświadczenia, przeprowadzone początkowo na psach wykazały, że krew w naczyniach trupa zachowuje w ciągu 6 — 8 godzin wszystkie swoje właściwości życiowe, a podana następnie dożylnie wykrwionemu psu przynosi bezpośrednio pewien zasób tlenu, nie ustępując zupełnie, jeśli chodzi o wartości lecznicze, krwi otrzymanej od psa żywego. Dalsze badania wykazały, że krew ludzka pobrana w ciągu 6 godzin po śmierci, przechowywana z cytrynianem sodu w temperaturze nieco poniżej zera i podana choremu po 4 tygodniach, dawała równie dobre wyniki lecznicze. Po tych badaniach autor zaczął stosować na szeroką skalę podawanie chorym krwi, pobranej od osób zmarłych, i od 1930 r. do połowy 1935 r. wykonał już 924 tego rodzaju zabiegów.

Krew pobierana była od osób, które zmarły nagle bądź to skutek wypadku, bądź na serce, wylewu do mózgu i t. p., których zwłoki dostarczane były do Instytutu z całego 4-miljonowego miasta, a więc prawie codziennie. Krew pobierana była zapomocą nacięcia wypreparowanych żył szyjnych i wprowadzenia do ich światła sterylizowanych rurek szklanych, przez które krew spływała do butelek ½-litrowych; zwłoki układano przy tem w położeniu Trendelenburga. Przeciętnie, otrzymywano 2 — 3½ l krwi, a zabieg ten trwał zaledwie 5 — 10 minut. Zebrana krew przechodziła jedynie z żył próżnych górnej i dolnej, natomiast krew z żyły wrotnej i krążenia obwodowego pozostawała w narządach. Otrzymaną krew badano wszechstronnie, określano jej przynależność grupową, sprawdzano jałowość, odczyn Wassermanna i t. p. Stwierdzono, że krew ta jest zawsze jałowa, o ile pobraną zostanie przed upływem 8 godzin od śmierci w zimie, a 6 — w lecie. Po tym bowiem czasie następuje już przenikanie drobnoustrojów gnilnych z jelit do żył kreskowych.

Dzięki temu postępowaniu autor zapewniał sobie zapasy krwi o określonej przynależności grupowej, z których korzystał nietylko Instytut ale i inne szpitale.

Początkowo do zebranej krwi dodawano cytrynianu sodu, ażeby zapobiec jej krzepnięciu, później przekonano się, że w przypadkach śmierci nagłej osoby uprzednio zdrowej krew, która krzepnie prawie natychmiast po śmierci, w godzinę lub półtorej staje się znowu płynną, by odtąd już nie krzepnąć wcale. Toż samo zjawisko obserwował autor dwukrotnie, kiedy chodziło o krew, pobraną od chorych, którzy ulegli nagłemu wstrząsowi (po ciężkiem zranieniu). Po powrocie do zdrowia krew ich odzyskała krzepliwość normalną. W przypadkach śmierci po chorobie lub w przypadkach, w których śmierć poprzedziła dłuższa agonja, krew krzepnie znacznie wolniej i później, ale skrzepy już nie rozpuszczają się. To zjawisko ma podwójne znaczenie przy zabiegach podawania chorym krwi zmarłych. Po pierwsze, pozwala ustalić, w braku innych wywiadów, czy zmarły był poprzednio zdrów i jaki był rodzaj śmierci. Po drugie, pozwala na przechowywanie krwi bez dodawania jakiegokolwiek środka chemicznego, hamującego krzepliwość, który będąc wprowadzony z krwią dożylnie, nie jest obojętny dla chorego.

Technika podawania takiej krwi jest bardzo prosta. Po wyjęciu z chłodni butelki z krwią odpowiedniej grupy, podgrzewa się ją do 37°, przesącza przez sączek gazowy i wstrzykuje do żyły łokciowej. Pierwsze 30 cm³ stanowi rodzaj próby biologicznej — tolerancyjności chorego w stosunku do danego białka.

Opierając się na wykonanych przez siebie 924 zabiegach podawania krwi zmarłych, autor uznaje ten sposób za lepszy od przetaczania krwi od osób żyjących ze względu na: 1) możliwość szybkiego zastosowania w przypadkach nagłych, bez poszukiwania i badania odpowiedniego dawcy, 2) w razie potrzeby, można podać choremu kilkakrotnie większe dawki krwi (450 — 500 cm³ 2—3 razy w ciągu dnia) od jednego i tego samego osobnika, co nie jest do przeprowadzenia, jeśli chodzi o dawców żywych. Podawanie zaś w ciągu krótkiego czasu krwi od kilku dawców jest bardzo niebezpieczene dla chorego. Przy tym sposobie leczenia autor miał zaledwie 7 przypadków śmiertelnych, w żadnym z nich jednakże, za przyczynę śmierci nie można było poczytywać podania krwi zmarłego.

Przypadek gruźliczego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Appendicite tuberculeuse). L. Bonnet.

Bull et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris, luty 1936.

Chora lat 32 była operowaną z powodu objawów podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, trwających od 24 godzin. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono wyrostek długi, gruby, przekrwiony. Surowicówka wyrostka, kątnicy i części jelita cienkiego pokryta była drobnemi wypukłemi plamkami białawemi. Pozatem innych zmian nie stwierdzono. Po usunięciu wyrostka, powłoki zaszyto doszczętnie. Przebieg pooperacyjny — bez powikłań. Usunięty wyrostek zbadano pod mikroskopem i w częściach podsurowicówkowych znaleziono liczne gruzełki gruźlicze. W płucach ani w innych narządach chorej zmian swoistych nie stwierdzono; z otoczenia rodziny jej nikt również na gruźlicę nie chorował. Przed atakiem chora żadnych dolegliwości nie odczuwała, była jedynie przez ostatnie miesiące przed zabiegiem — osłabiona. Po operacji stan ten poprawił się zupełnie, sprawdzany po 2 latach nie uległ zmianie.

Autor opisuje ten przypadek ze względu na rzadkość występowania odosobnionych zmian gruźliczych pierwotnych w wyrostku robaczkowym. Charakterystyczną cechą zmian gruźliczych jest przerost warstwy podsurowicówkowej. Wyrostek jest gruby — wielkości nawet mandarynki. Prócz postaci ostrych, podostrych i przewlekłych zapalenia gruźliczego wyrostka robaczkowego autor wyodrębnia jeszcze t. zw. postać ukrytą, która przebiega bez żadnych objawów klinicznych. Dopiero wtórne zakażenie wyrostka drobnoustrojami ropotwórczemi wywołuje ostry stan zapalny. Na operacji w wyrostku znajduje się prócz świeżych banalnych zmian zapalnych, przewlekłe, przerostowe zmiany gruźlicze. Według autora wszelkie postaci zapaleń gruźliczych wyrostka robaczkowego kwalifikują się do zabiegu operacyjnego bez względu na współistnienie zmian w płucach.

Przyczynek do teorji powstawania przerostu gruczołu krokowego. (Pathogenie de l'hypertrophie de la prostate). G. L u y s.

Mem. de la Soc. des Chir. de Paris, luty 1936.

Przyczyny powstawania przerostu gruczołu krokowego podawane przez licznych autorów, jak: siedzący tryb życia, zmiany starcze, błędy życia płciowego lub zmiany w wydalaniu wewnętrznem — nie wydają się autorowi wystarczające. Uważa on, że same te tylko zmiany nie doprowadziłyby do tak wielkich zaburzeń, jakie widzimy u tego rodzaju chorych. Za istotną przyczynę uważa autor pierwotne zmiany zapalne w pęcherzykach nasiennych, stwierdzane przez niego u wszystkich chorych, cierpiących na przerost gruczołu krokowego. We wszystkich tych przypadkach badanie zarówno przez odbytnicę jak i przez przeprowadzenie cewnika z oliwką przez cewkę wykazywało bolesność i nacieki w okolicy pęcherzyków nasiennych. W wielu przypadkach istniały także zmiany w jądrach i najądrzach, również jako następstwa zapalenia pęcherzyków nasiennych. Zdaniem autora wysięk zapalny z pęcherzyków nasiennych przechodząc przez kanał wytryskowy do światła części gruczołowej cewki, drażni błonę śluzową cewki i znajdujących się w tej części ujść kanałów wyprowadzających gruczołu krokowego i powoduje ich stan zapalny. Zmiany te, przebiegając przewlekle i niespostrzeżenie, doprowadzają do zamknięcia światła kanałów wyprowadzających gruczołu i zatrzymania wydzieliny gruczołowej w cewkach gruczołu, a zatem z czasem do powstania gruczolaka gruczołu krokowego.

Zapalenie pęcherzyków nasiennych może spowodowane być zarówno dwoinkami rzeżączki jak i zapalenia płuc, gronkowcami, ziarenkowcami, pałeczką okrężnicy itp., dlatego też przy wszelkich zapaleniach pęcherza czy jelita grubego, należy kontrolować stan pęcherzyków nasiennych.

Leczenie zapalenia pęcherzyków nasiennych polega na długotrwałych masażach pęcherzyków połączonych z jednoczesnem rozszerzaniem cewki, w przypadkach uporczywych — na systematycznem przepłókiwaniu pęcherzyków nasiennych.

J. Czyżewska.

CHOROBY NERWOWE.

Rzekome stwardnienie typu Westphala-Strümpla. Cechy semijologiczne i fizjologiczne. (La pseudosclérose type Westphal-Strümpell. Ce qui sémiologiquement la trahit. Ce dont physiologiquement elle témoigne) J. F r o m e n t, P. B o n n e t i R. M a s s o n.

Le Journal de Médecine de Lyon. Nr. 37, 1935.

Pod względem semijologicznym oraz anatomo - patologicznym stwardnienie rzekome zostało zupełnie wyodrębnione dopiero po odkryciu rąbka na rogówce przez *Fleischera,* po opisaniu choroby *Wilsona* i po porównaniu zmian anatomicznych tej choroby ze zmianami przy pseudosklerozie.

Poza istnieniem rąbka na rogówce koloru zielono-brunatnego stwardnienie rzekome różni się od stwardnienia wieloogniskowego charakteru drżenia, które nie jest czystego typu zamiarowego. Przy chęci ze strony chorego wykonania jakiegokolwiek ruchu występuje, jak przy wszystkich zachorzeniach prążkowia pokrewnych chorobie Wilsona, prawdziwy bunt mięśniowy, który przeciwstawia się w sposób brutalny dokonaniu zamierzonego ruchu. Nic podobnego nie występuje przy rozsianem stwardnieniu, gdzie ruchy są tylko zniekształcone i źle kierowane w skutek hypermetrji i asymetrji. Stwardnienie rzekome może niekiedy ulec powikłaniu ze strony statyki ogólnej, skąd skurcze skręcające. Czasami następuje inwolucja odruchowości emocjonalnej, podobnej do tej, która charakteryzuje chorobę Wilsona, z którą bezwątpienia chociaż dyskretnie stwardnienie rzekome jest spokrewnione.

Charakter kliniczny zabarwienia rogówki nie został jeszcze dokładnie wyświetlony. Przypuszczać można, że jest wynikiem mniej lub więcej pośrednim marskości wątroby. Pochodzenie marskości pozostaje nadal nie wyjaśnione.

Studjum krytyczne nad doświadczalnymi zatorami mózgowemi. Porównanie wyników badań anatomo-patologicznych z danemi fizjologicznemi. (Étude critique des embolies cérébrales expérimentales. Confrontation des constatations anatomopathologiques et des documents physiopathologiques). H e r m a n n i J. D e c h a u m e.

Le Journal de Médicine de Lyon. Nr. 371, 1935.

Jak wynika z ostatnich prac, zaczopowanie tętnicy szyjnej wywołuje zator doświadczalny mózgu. Wznowili autorzy te doświadczenia na 23 psach. Zator mózgu wywołany zaczopowaniem tętnicy szyjnej wywołuje rozmiękczenie mózgu, które może być stwierdzone w razie pozostania zwierzęcia przy życiu. Stwierdzili, że w przypadkach, w których śmierć szybko następuje, zator obejmuje nie tylko mózg, lecz również opuszkę i rdzeń kręgowy. Są zajęte splot naczyniasty i przysadka. Rozmiękczenie nie jest widoczne, natomiast inne zmiany złożone, na pierwszym planie są wybroczyny mikro- i makroskopowe.

Porównanie danych anatomicznych z danemi fizjologicznemi nasuwa wnioski następujące:

1. Objawia się, jak złożonem doświadczeniem jest zaczopowanie tętnicy szyjnej. Wszystkie dotychczasowe wytłomacznia tego, co nazywają doświadczalnem zaczopowaniem tętnicy szyjnej są wątpliwe i winny uledz rewizji z uwzględnieniem wszystkich zmian i danych fizjologicznych.

2. Można osiągnąć nadciśnienie napadowe działając bezpośrednio na ośrodki naczynioruchowe w rdzeniu kręgowym, opuszce i bez wątpienia w lejku i guzie popielatym. W ten sposób można ustalić istnienie nadciśnienia tętniczego na skutek zajęcia układu nerwowego ośrodkowego.

3. Można przedyskutować patogenezę nadciśnienia mózgowego u człowieka w przebiegu zaburzeń mózgowo naczyniowych oraz przedyskutować związek istniejący między krwotokiem mózgowym i rozmiękczeniem mózgu.

4. W doświadczeniach należy badania fizjologiczne kontrolować zapomocą danych anatomicznych. Ażeby w doświadczeniach fizjologicznych zapewnić jaknajwiększą ścisłość wynikom, należy stworzyć metodę doświadczalno - anatomiczno-kliniczną.

(—) Dr. med. *Zygmunt Messing.*

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Gruźlica płuc u kobiety ciężarnej. (La tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte). Brindeau, R. Kourilsky i S. Kourilsky.

Presse Médic. R. 1935, Nr. 93, str. 1865.

W ważnem zagadnieniu stosunku ciąży do gruźlicy płuc panuje chaos wywołany szeregiem przyczyn: rozmaitość materjału, obserwowanego bądź przez lekarzy sanatoryjnych, bądź przez lekarzy praktykujących w wielkich miastach, rozmaitość klasyfikacji — oto dwie główne z nich.

Żadna z dotychczasowych klasyfikacji gruźlicy płuc nie może być zdaniem autora uważana za zadawalniającą. Szczególnie zaś trudna do określenia i rozpoznania jest postać czynna, postępująca, która właśnie w zagadnieniu stosunku ciąży do gruźlicy najważniejszą odgrywa rolę.

Utrudnia jeszcze sprawę okoliczność, że te same chore bywają zazwyczaj obserwowane przez kilku nieporozumiewających się ze sobą lekarzy. Natomiast właśnie dla omawianego zagadnienia jest rzeczą niezmiernej wagi stan, w którym chora wchodzi w okres ciąży, oraz czas od jakiego ta, a nie inna postać gruźlicy trwa u danej chorej.

Materjał autorów składa się ze 163 przypadków dokładnie obserwowanych, wśród których 124 ciążę donosiły, u 39 zaś ciążę przerwano.

Biorąc najbardziej ogólnie, powiedzieć można, że ciąża wywiera wpływ pogarszający w pierwszych 3 mies. ciąży oraz szczególnie w okresie połogowym, na proces czynny, o tendencji do serowacenia. Tego wpływu pogarszającego należy obawiać się tem bardziej, im bliższy jest początek ciąży do początku procesu czynnego, i im proces ten jest bardziej rozwinięty, gorączkowy i postępujący. Odwrotnie wpływ ten jest mniej wyraźny w procesach gruźliczych mniej wyraźnych, ale i tu można wykryć uważnem i dokładnem badaniem.

Po kolejnem rozpatrzeniu 4 grup chorych, na które autorzy dzielą swój materjał dochodzą oni do wniosku, że ciąża nie zaostrza gruźlicy płuc w sposób bezwzględny, ale że zaostrzenie to jest funkcją siły procesu chorobotwórczego oraz jego bliskością do postaci czynnej, postępującej.

Z tego też powodu widuje się postacie włókniste, nawet prątkujące, znakomicie znoszące ciąże, postacie podostre szybko uciśnięte i uspokojone przez odmę płucną, z drugiej zaś strony postacie włóknisto - wrzodziejące, bardzo dyskretnie przebiegające, które okazują się w połogu niszczącemi i fatalnie pogarszającemi stan chorej.

Nie znaczy to bynajmniej, aby w każdym przypadku wykonywać zapobiegawcze przerwanie ciąży, gdyż niewątpliwie może ona być bez wpływu na proces gruźlicy i to tak w sensie poprawy, jak braku pogorszenia bez przerwania ciąży.

Praktycznie biorąc w przypadku bardzo ciężkim i ostrym nie można spodziewać się poprawy od sztucznego poronienia — lepiej zatem ratować dziecko.

Jeśli zaś proces przebiega średnio gwałtownie — należy go za wszelką cenę zatrzymać: wchodzi tu w grę leczenie ogólne, odma, a wreszcie wobec niemożności jej zastosowania przerwanie ciąży, względnie jedno i drugie.

Ale tam gdzie proces serowacenia znajduje się na drugim planie, względnie gdzie przebiega on bardzo dyskretnie od wielu miesięcy — tam można pozwolić na ciążę.

W każdym razie nie należy przedsiębrać żadnej decyzji bez obserwacji klinicznej przynajmniej 8-io dniowej, a do zadecydowania przerwania ciąży konieczne jest piśmienne orzeczenie przynajmniej 2 lekarzy.

Systematyczne stosowanie skrócenia więzów obłych w ginekologji zachowawczej. (Systématisation de la ligamentopexie en gynecologie conservatrice). Loute L.

Presse Méd. 1935 r. w Nr. 84, str. 1628.

Autor poleca metodę skrócenia więzadeł obłych, będącą odmianą operacji Doléris'a.

Cięcie Pfannenstiela, podwiązanie i odcięcie więzadeł obłych w okolicy ujścia wewnętrznego, poczem wolny koniec więzadła wraz z całą jego częścią domaciczną przeprowadza się przez sztucznie wytworzony kanał w mięśniach prostych. Kanał ten ma kierunek skośny, wytwarza się go z pomocą zaciskadła Kochera wbitego na wysokości wewnętrznego ujścia kanału pachwinowego, przez fossa inguinalis media, o 1 cm., na wewnątrz od tętnicy nadbrzusznej. Wydobyte w ten sposób ponad mięśnie proste dwa końce więzadeł obłych łączy się ze sobą szeregiem szwów. Autor radzi drenowanie przestrzeni pod — i nadpowięziowej zapomocą nitek silkwormu. Na 7-my dzień po wspomnianej operacji chore wstają.

Za zalety opisanej techniki operacyjnej uważa autor:

1) brak niebezpieczeństwa wgłobienia się jelit do przestrzeni przedmacicznej;

2) skośny przebieg kanału w mięśniach prostych,

3) brak niebezpieczeństwa zagięcia się jajowodów, co grozi jak wiadomo ciążą pozamaciczną, krwiakiem lub ropniakiem jajowodów i t. d.

4) dobry wynik anatomiczny operacji, gdyż macica ustawiona zostaje w przodozgięciu i w obrębie miednicy małej, przyczem macica zachowuje w pewnym stopniu ruchomość.

Wyniki autora są dobre.

Naczelną zasadą autora jest stosowanie powyższej operacji zapobiegawczo w każdej operacji brzusznej, aby uniknąć następowego tyłozgięcia macicy.

Uwagi w sprawie wydobycia płodu w położeniu pośladkowem ze szczególnem uwzględnieniem zapobiegawczego sprowadzenia nóżki. (Réflexions sur l'extraction du siége décomplété mode des fesses et en particulier sur l'abaissement prophylactique du pied). Madon J.

Rev. franc. Gynec. Obstetr. I. 31, Nr. 2, 1936.

Autor proponuje niewielką odmianę techniki sprowadzenia nóżki, wyciągniętej ku górze przy położeniu pośladkowem płodu. Radzi on mianowicie zamiast działać w okolicy kolana (w fossa poplitea) iść wprost do łydki najlepiej pomiędzy nóżką, a brzuszkiem i sprowadzić ją bezpośrednio, co jakoby daje się wykonać z niebywałą łatwością. Zabieg ten udaje sie jakoby nawet wówczas, kiedy pośladki znajdują się w obrębie miednicy małej.

(Niebezpieczeństwo złamania nóżki wydaje się przy tem postępowaniu tak znaczne, że należy zachować wielką ostrożność przy próbach wykonywania opisanego zabiegu — przyp. referenta).

W sprawie przyczyn przedwczesnego porodu i rokowania pierwotnego płodów urodzonych przedwcześnie. (Sur les causes de l'accouchement prématuré et le pronostic primaire des foetus nés avant terme). Holtz Folke.

La Gynécol. 1936 r., I. 35, Nr. 2.

Za płody niedonoszone autor uważa te, które wykazują cechy wcześniactwa, natomiast waga i wzrost są dla autora drugorzędnemi cechami rozpoznawczemi.

Materjał autora wynosi 306 porodów przedwczesnych samoistnych i 7 — sztucznych, na ogólną ilość 5.821 porodów, co stanowi 5%.

Z punktu widzenia społecznego godne jest zaznaczenia, że odsetek porodów przedwczesnych u kobiet niezamężnych jest wyższy, niż u kobiet zamężnych.

W porodach przedwczesnych często zdarzają się położenia nieprawidłowe (około 16%, wobec 5% porodów na czasie), a szczególnie położenie pośladkowe.

Jeśli chodzi o wyjaśnienie przyczyny przedwczesnego porodu, to w materjale autora w 21% przyp. stwierdzono przedwczesne odklejenie łożyska (prawidłowo lub nisko usadowionego), w 17% nadmierne rozciągnięcie macicy (wielowodzie, ciąża mnoga i t. d.), w 8% — pierwotną śmierć płodu, w 12% przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, w 15% — zawał łożyska, a w 26% — żadnej widocznej przyczyny nie można było stwierdzić.

Rozpatrując odzielnie schorzenia nerek i zatrucia ciążowe stwierdzić można, że były one przyczyną przedwczesnego porodu w 22% przypadków.

W ostatecznym wyniku, udało się utrzymać przy życiu 31% dzieci urodzonych z wagą niższą od 2000 gr., i 82% — dzieci urodzonych z wagą ponad 2000 gr.

Zawodziński.

KRONIKA

XII ZJAZD OTO - LARYNGOLOGICZNY

odbędzie się w Ciechocinku w *dn. 28 i 29 czerwca 1936 r.* Temat programowy Zjazdu jest następujący: Leczenie schorzeń górnego odcinka dróg oddechowych w Ciechocinku.

Pokazy i referaty należy zgłaszać do dn. 31 maja r. b. na ręce Prez. T-wa D-ra Czarneckiego, Warszawa, Zgoda 8.

*
* *

W dniu 5 czerwca o godz. 10 rano odbyły się w Krynicy w Domu Zdrojowym obrady Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich. Ciekawy i obszerny porządek dzienny posiedzenia obejmował m .in. następujące sprawy, posiadające poważne znaczenie zarówno dla rozwoju całego zdrojownictwa polskiego, jak i wzmożenia prac Związku Uzdrowisk Polskich.

1. Sprawozdanie z działalności biura Z. U. P. za czas od 25 kwietnia do 5 czerwca, które zobrazuje całokształt zagadnień i prac placówki, jednoczącej w tej chwili w swem ręku wszystkie sprawy i dążenia polskiego zdrojownictwa. 2. Omówiony został obszernie projekt rozporządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej o eksploatacji i obrocie wód naturalnych leczniczych i stołowych, zgłoszony na posiedzeniu Sekcji Uzdrowiskowej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, zwołanej na dzień następny t. j. 6 czerwca również w Krynicy. 3. Zarząd Związku Uzdrowisk przygotował ponadto jeszcze dwa inne wnioski, z któremi wystąpi na Państwowej Radzie Zdrowia. W szczególności dążyć będzie on do pozyskania całkowitej podstawy w kierunku specjalnego zainteresowania znaczeniem leczniczem kąpielisk morskich. Drugim ważnym wnioskiem będzie poruszenie sprawy obniżenia ceł na wwóz zagranicznych (niemieckich i austryjackich) wód mineralnych leczniczych. Obniżka ceł godzi w najżywotniejsze interesy zdrojownictwa polskiego, a przedewszystkiem najbardziej w obrót wodami ze Szczawnicy, Krynicy, Krościenka i Wysowej.

W dalszym ciągu omówione zostały sprawy: 4. Pierwszej Wystawy Turystyczno - Uzdrowiskowej w Krakowie, projektowanej na okres od 27 czerwca do 18 lipca b. r. 5. Dalsza akcja na rzecz stworzenia Instytutu Balneologicznego. 6. Sprawy propagandowe Z. U. P.

DOROCZNE POSIEDZENIE SEKCJI DO SPRAW ZDROJOWISK I UZDROWISK PAŃSTWOWEJ NACZELNEJ RADY ZDROWIA.

Na dzień 6 czerwca b. r. zwołane zostało do Krynicy coroczne posiedzenie Sekcji do Spraw Zdrojowisk i Uzdrowisk Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia. Związek Uzdrowisk Polskich wystąpi za pośrednictwem członków swego zarządu z całym szeregiem wniosków, oraz brać będzie jak corocznie czynny udział za pośrednictwem 8 delegatów w obradach Sekcji.

Przypominamy przy okazji, że powołana do życia w dniu 7 stycznia 1926 roku rozporządzeniem Rady Ministrów Państwowa Naczelna Rada Zdrowia ma za zadanie m. in. 1) rozważanie spraw dotyczących zdrowotności i hygieny społecznej, a wymagających łącznej działalności władz państwowych i samorządowych, oraz czynników społecznych, 2) rozważanie zamierzeń, względnie omawianie akcji poszczególnych władz centralnych w sprawach zdrowotnych i hygieny społecznej, prowadzonych przez te władze, celem koordynowania działalności i zapewnienia zainteresowanym władzom potrzebnego wzajemnego współdziałania.

Na porządku dziennym tegorocznego posiedzenia sekcji postawiono następujące sprawy: 1. Projekt rozporządzenia o eksploatacji i obrocie wód naturalnych leczniczych i stołowych (ref. mgr. Felicjan Miller). 2. Wzajemne uzupełnienie lecznictwa w uzdrowiskach rodzimemi wodami

leczniczemi (ref. doc. dr. Antoni Sabatowski). 3. Zagadnienie chemji wód mineralnych na tle współpracy chemji z medycyną (ref. dr. Mieczysław Dominikiewicz). 4. Badanie borowin z punktu widzenia ich składu chemicznego i użyteczności lekarskiej (ref. inż. Aleksy Rausch). 5. Technika pobierania i zasady analizowania wód mineralnych (ref. inż. Stanisław Jurkowski). 6. Kilka nowszych metod badania wody i wód mineralnych (ref. dr. Henryk Ruebenbauer, lekarz zakładowy w Szkle) i na zakończenie szereg wolnych wniosków.

POŚWIĘCENIE NOWEGO INHALATORJUM W SZCZAWNICY.

W dniu 7 czerwca b .r. w południe odbyło się w Szczawnicy uroczyste poświęcenie nowego gmachu inhalatorjum, oraz nowoujętych zdroi „Józefiny" i „Stefan".

Program uroczystości był następujący: 1. Msza Św. w Kaplicy Zdrojowej przy Inhalatorjum. 2. Poświęcenie Inhalatorjum i Zdroi. 3. Przyjęcie gości w restauracji zakładowej. 4. Zwiedzanie zdrojowiska Szczawnicy.

Uroczystość odbyła się bardzo poważnie, zarząd Zakładu zdrojowego w Szczawnicy za pośrednictwem Związku Uzdrowisk Polskich rozesłał kilkaset zaproszeń do władz miejscowych i centralnych, do członków Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich i do wszystkich poszczególnych uzdrowisk, oraz do lekarzy i prasy. Dzięki temu zjazd gości na ten dzień do Szczawnicy był bardzo liczny.

Związek Uzdrowisk Polskich pragnąc umożliwić przybycie jak największej liczbie osób do Szczawnicy, celem wzięcia udziału w uroczystościach, zwrócił się do władz kolejowych z wnioskiem o przyznanie na wymieniony dzień jaknajdalej idących zniżek kolejowych.

BILETY TURYSTYCZNE DO UZDROWISK.

Przypominamy, że bilety niedzielne wycieczkowe ze zniżką 33% wydawane są z Warszawy do pobliskich miejscowości o znaczeniu wycieczkowem, między któremi znajduje się szereg stacyj klimatycznych.

Ponadto wydawane są w soboty i niedziele bilety 10-dniowe do szeregu stacji, na czoło których wysuwają się uzdrowiska Czarniecka Góra i Nałęczów. Przy nabywaniu powyższych biletów obowiązuje również zniżka 33%, przyczem powrót może nastąpić któregokolwiek dnia w ciągu okresu 10-dniowego. O przyznanie podobnych zniżek wystąpiło Tow. Krajoznawcze w Inowrocławiu dla Inowrocławia.

KOSÓW CIESZY SIĘ WYJĄTKOWĄ FREKWENCJĄ GOŚCI.

W tegorocznym sezonie w Kosowie k. Kołomyi panuje wyjątkowo liczny zjazd gości. W chwili obecnej w Zakładzie Dr. Tarnawskiego bawi już przeszło 40 osób. Cały maj tegoroczny był ciepły i suchy. Po dwudniowem ochłodzeniu w dniach 15 i 16 maja, które spowodowało deszcze, panuje bez przerwy śliczna pogoda, grożąca już nawet posuchą.

SEZON KĄPIELOWY W CIECHOCINKU TRWA W PEŁNI.

Dowiadujemy się, że w Ciechocinku trwa już w całej pełni sezon kąpielowy. W roku bieżącym bawi tam o wiele więcej gości, aniżeli w roku ubiegłym o tej porze. Tegoroczny tak liczny zjazd w pierwszym sezonie należy tłomaczyć sobie trwającą w Ciechocinku od dłuższego czasu nieprzerwanie słoneczną pogodą.

Pragnąc sprawić kuracjuszom miłą niespodziankę dyrekcja Zakładu Zdrojowego zaangażowała na tegoroczny sezon świetną orkiestrę Filharmonji Warszawskiej pod dyrekcją p. Józefa Oziminskiego.

W popularnym dancingu „Europa" przygrywa w tym roku znakomity zespół jazzowy Golda i Petersburskiego.

Dzięki ruchliwości i wyjątkowej energji, dyrektora Ciechocinka p. Wiśniewskiego znanej już dzisiaj szerokiemu ogółowi w całej Polsce, zarząd uzdrowiska organizuje w dniu 14 czerwca przy pomocy czynnej Związku Uzdrowisk Polskich, pierwszą w roku bieżącym wycieczkę dla prasy. W dniu 21 czerwca również na zaproszenie dyrekcji zdrojowiska i przy współdziale Związku Uzdrowisk Polskich odbędzie się do Ciechocinka wycieczka specjalna dla lekarzy z całego kraju.

DO UZDROWISK KURSOWAĆ BĘDĄ WAGONY TURYSTYCZNE Z MIEJSCAMI DO SPANIA.

Nowy rozkład jazdy kolejowej na sezon letni b .r. przewiduje wprowadzenie bezpośrednich wagonów turystycznych III klasy, zaopatrzonych w materace i pościel.

Wagony takie kursować będą między Warszawą a uzdrowiskami Worochta, Zakopane i Hel, oraz między Krakowem i Krynicą.

Osoby pragnące korzystać z przejazdów takiemi wagonami muszą wykupić bilet kolejowy na przejazd do wymienionych uzdrowisk, oraz oddzielny bilet Tow. Wagonów Sypialnych, Wagons-Lits-Cook, uprawniający do zajęcia miejsc leżących.

Cena biletu na miejsce do leżenia wynosi przy przejeździe z Warszawy do Worochty, Zakopanego i Helu, lub z powrotem zł. 5.50, a cena biletu powrotnego zł. 7. — Przy przejeździe zaś z Krakowa do Krynicy lub z powrotem 4 zł. (bilet powrotny zł. 5.50.).

Bilety na miejsca leżące nabywać można w kasach biletowych biur podróży, a w miarę wolnych miejsc także w pociągu.

21 DNIOWY POBYT W ŻEGIESTOWIE ZA 48 ZŁOTYCH.

W nadchodzącym sezonie Żegiestów Zdrój pragnąc iść na rękę swoim kuracjuszom i umożliwić im jaknajbardziej pobyt, wprowadził opłaty ryczałtowe za mieszkanie w ciągu 21 dni i 10 kąpieli mineralnych za łączną cenę złotych 48 gr. 75. Ponadto ceny kąpieli w I i II klasie uległy dalszej zniżce.

W okresie Zielonych Świąt spodziewany jest w Żegiestowie liczny zjazd gości, przybyć mających pociągiem popularnym. Będzie to wycieczka pod hasłem „Święto Wiosny", w czasie której ocze-

kuje uczestników bardzo urozmaicony program i szereg atrakcyj na miejscu.

Dnia 1 czerwca nastąpi w Żegiestowie uroczyste otwarcie wspaniałego Domu Wypoczynkowego Urzędników Koncernu „Małopolska".

SEZON WIOSENNY W JAREMCZU.

Pragnąc umożliwić osobom niezamożnym pobyt w Jaremczu w czasie taniego Sezonu Wiosennego, Komisja Uzdrowiskowa zniżyła taksę kuracyjną. Każda osoba przybywająca do Jaremcza w okresie od 20 czerwca b. r. korzystać będzie z ulgowej taksy w wysokości zł. 4.50 od osoby za cały pobyt. Po 20 czerwca taksa kuracyjna wynosić będzie 7 złotych od osoby.

W jesieni 1935 roku rozpoczęto w Jaremczu budowę nowoczesnego zakładu solankowego dla kąpieli i inhalacji, będącego własnością dr. J. Matuszewskiego. W chwili obecnej budowa zakładu znajduje się już na ukończeniu i w b. r. nastąpi jego otwarcie.

Obecnie prowadzone są na terenie Jaremcza na większą skalę projektowane roboty przy układaniu chodników. Jest to dla letniska, tak rozwijającego się jak Jaremcze, sprawa bardzo poważna, z chwilą bowiem otrzymania chodników podniesie się i zmieni cały kulturalny wygląd Jaremcza. Budowę chodników finansują gmina Jaremcze przy poparciu Funduszu Pracy.

REDUKCJA CEN W GOCZAŁKOWICACH ZDROJU.

Zakład Zdrojowo Kąpielowy w Goczałkowicach Zdroju zamierza w roku bieżącym prowadzić przez cały sezon letny o p ł a t y r y c z a ł t o w e, uprzystępniając w ten sposób szerokiemu ogółowi przeprowadzenie kuracji.

Dla orjentacji podajemy wykaz pensjonatów z cenami: w sezonie I i III mieszkanie od osoby dziennie w Domu Zdrojowym, w willi Henrykówka i pensjonacie „Marja" wahają się od zł. 1.50 do zł. 5. — zaś w sezonie II od zł. 2. — do zł. 5.50. Ceny za utrzymanie w wymienionych pensjonatach wynoszą od osoby dziennie (4 posiłki) w sezonie I zł. 4. — do zł. 4.50 i w sezonie II zł. 4.50.

Lekarzem ordynującym zakładowym jest dr. J. Sroka, a wysokość pobieranych taks klimatycznych wynosi: w sezonie I i III od pierwszej osoby za pobyt do 2 tygodni zł. 7., za pobyt ponad 2 tygodnie zł. 10. —, od drugiej osoby i następnych za pobyt do 2 tygodni zł. 5, i za pobyt ponad 2 tygodnie zł. 7. Dzieci płacą zł. 3. W sezonie II pierwsza osoba za pobyt do 2 tygodni płaci zł. 10. ponad 2 tygodnie zł. 15, druga osoba i następne za pobyt do 2 tygodni płacą zł. 6, ponad 2 tygodnie zł. 8. Dzieci płacą zł. 3.

Urzędnicy państwowi i komunalni otrzymują w sezonie I i III 10% zniżki na kąpielach i na taksie, zaś w sezonie II korzystają z 15% zniżki.

Lekarze i dziennikarze należący do syndykatów dziennikarskich zwolnieni są całkowicie od opłacania taksy. Ponadto Lekarze otrzymują bezpłatne kąpiele, rodziny lekarzy zaś płacą za kąpiele solankowe zł. 1.75 za kąpiel.

Dla wygody gości przybywających do Goczałkowic autami umożliwione ich garażowanie na miejscu.

RYCZAŁTOWE POBYTY KURACYJNE W IWONICZU.

W sezonach I i III osoby udające się do Iwonicza mogą korzystać z dwóch rodzai ryczałtów:

Ryczałt A. na pobyt trzytygodniowy zł. 153. — od pierwszej osoby w rodzinie, zł. 125. — od następnej osoby w rodzinie o ile zamieszka w tym samym pokoju, zł. 87. — za pierwsze dziecko do lat 10 w rodzinie i wreszcie zł. 77. — za następne dziecko do lat 10 w rodzinie. Przy pobycie czterotygodniowym płaci pierwsza osoba w rodzinie zł. 202. —, następna osoba, o ile zamieszka z nią razem w pokoju zł. 169. —, pierwsze dziecko do lat 10 zł. 118. — i następne dziecko do lat 10 104. — W ryczałcie A. kuracjusze otrzymują kąpiele I klasy, utrzymanie w Mleczarni Zakładowej lub w pensjonacie „Ustronie", pokój bez pościeli w willach Niespodzianka, Pod Jodłą i Zalesie. Na żądanie utrzymanie 4 razy dziennie (podwieczorek) za dopłatą od osoby zł. 5.25 przy pobycie 3 tygodniowym i zł. 7 przy pobycie 4 tygodniowym.

Ryczałt B. na pobyt 3 tygodniowy od pierwszej osoby w rodzinie zł. 206. — (przy pobycie czterotygodniowym zł. 274.), od następnej osoby o ile zamieszka z nią w jednym pokoju zł. 163. (przy pobycie 4 tygodniowym zł. 220.) za pierwsze dziecko do lat dziesięciu zł. 92. (przy pobycie 4 tygodniowym zł. 125.). W ryczałcie B. kuracjusze otrzymują kąpiele w solankach, utrzymanie w restauracji Zakładowej, pokój do wyboru we wszystkich willach zakładowych, za wyjątkiem Domu Zdrojowego i Małego Orła. Na żądanie utrzymanie 4 razy dziennie (podwieczorek) za dopłatą od osoby zł. 10.50 przy trzytygodniowym pobycie i zł. 14 przy 4 tygodniowym pobycie. Ryczałt B. w I sezonie musi być wykorzystany całkowicie do dnia 30 czerwca 1936 roku.

W KOSOWIE PANUJE JUŻ POSUCHA.

Od miesiąca w Kosowie k. Kołomyji panuje ciepła pogoda, która w ostatnim tygodniu przeszła już w posuchę. Z tego powodu wiosna rozwinęła się szybciej niż w innych latach, drzewa owocowe kwitną lub nawet przekwitają, a w inspektach i na grzędach dojrzały już wszystkie nowalje potrzebne do jarskiego stołu. Barometr stoi wysoko i pogoda zapowiada się nadal.

Przy takiej pogodzie Zakład dr. Tarnawskiego zapełnia się szybciej niż zazwyczaj, tak, że w przeciągu tygodnia (otwarcie sezonu nastąpiło 1 maja) przybyło już ponad 15 tys. osób. Na połowę miesiąca zapowiada się zjazd znacznie większy. Stan zdrowotny dobry, w okolicy niema żadnych epidemji.

Przypominamy, że od roku kursują ze stacji Kołomyja od każdego pociągu wprost do Zakładu wygodne autobusy P. K. P.

Dzięki położeniu Kosowa na południu Polski i wyjątkowo ciepłemu majowi stosowane są już wszystkie zabiegi jak kąpiele powietrzno słoneczne, gimnastyka na wolnem powietrzu, hartująca hydropatja i t. p.

Dostosowując się do obecnej konjunktury ceny zakładowe zostały znacznie obniżone i wynoszą obecnie zł. 8. — do 10 dziennie za pokój z pościelą, całodziennem utrzymaniem, leczeniem i t. p. W zakładzie przeprowadzono obecnie szereg ulepszeń i inwestycji a w najbliższej przyszłości otrzyma oświetlenie elektryczne.

INOWROCŁAW ZDRÓJ WPROWADZIŁ NA CAŁE LATO RYCZAŁTOWE KURACJE

Pragnąc uprzystępnić w ciężkim obecnie okresie ekonomicznym odbycie kuracji jaknajszerszym warstwom społeczeństwa, zarząd Zdrojowiska Inowrocław wprowadził tanie kuracje ryczałtowe **w czasie wszystkich trzech sezonów.** I sezon trwa od 1 kwietnia do 15 czerwca, II sezon (główny) od 16 czerwca do 15 sierpnia i III sezon od 16 sierpnia do 31 października. Ze względu na dość liczną frekwencję poleca się korzystanie z pobytów ryczałtowych w I i III sezonie.

Kuracja ryczałtowa w I i III sezonie za 14 dniowy pobyt wynosi zł. 119. —, za 21 dniowy zł. 174.50, za 28 dniowy — zł. 226. — W sezonie II (głównym) za 14 dniowy pobyt — zł. 154. — za 21 dniowy — zł.229. i za 28 dniowy — zł. 239. — Kwotami powyższemi objęte są: a) oddzielny pokój w najlepszych pensjonatach według własnego wyboru z utrzymaniem, pościelą, światłem i obsługą. b) opieka lekarska podczas całej kuracji, c) karta kuracyjna, d) wszelkie kąpiele i zabiegi lecznicze według ordynacji lekarskiej. Na wypadek dodatkowych kąpieli i zabiegów przysługuje cennik ulgowy.

ILU CUDZOZIEMCÓW BAWIŁO W LATACH 1935 i 1934 W ZAKOPANEM.

Według zestawienia przeprowadzonego w Zakopanem bawiło tam w roku 1934 ogółem 3.408 gości z zagranicy (cudzoziemców). Według szczegółowego zestawienia największa liczba cudzoziemców przybyła z Niemiec — 872, z Gdańska — 310, z Czechosłowacji — 290, z Francji — 276, z Węgier — 202, z Austrji — 185, z Anglji — 136, ze Stanów Zjednoczonych A. P. — 147. Egzotyczna Costa Rica, Hiszpanja i Grecja reprezentowane były po jednym swoim przedstawicielu. Ogółem reprezentowane były 42 państwa.

W roku 1935 frekwencja cudzoziemców w Zakopanem spadła do 2006 osób. Niemców bawiło tylko 364, Francuzów — 156, Austrjaków — 181, Czechosłowaków — 143, ze Stanów Zjednoczonych — 106. Ogółem reprezentowanych było również 40 państw.

ŹRÓDŁA SŁONE I SŁONO BROMOWE.

Sezon kuracji w uzdrowiskach rozpoczął się już na dobre. Ciepłe pogody, oraz okres urlopów powodują, że z coraz większem zainteresowaniem zaczynamy zwracać oczy w stronę uzdrowisk.

Mamy ich wiele i to różnorodnych. Naturalnie trudno jest przedsiębrać kurację w uzdrowiskach wyłącznie na własną odpowiedzialność, bez uprzedniego poradzenia się lekarza. Ale również bardzo dobrze jest, gdy pacjent, po określeniu rodzaju choroby, sam doradzi lekarzowi uzdrowisko, do którego pragnąłby wyjechać.

Polska posiada bowiem po kilka uzdrowisk o tych samych, lub zbliżonych składnikach wód mineralnych. Różnią się one między sobą tylko poziomem kulturalnym urządzeń, komfortem urządzeń leczniczych, albo też położeniem. Dlatego orjentacja wśród nich jest bardzo wskazana.

W związku z powyższem podajemy opis uzdrowisk o źródłach słonych i słono - jodo - bromowych, celem dokładnego zapoznania z niemi osób zainteresowanych. Równocześnie zaznaczamy, że w ciągu najbliższych paru tygodni zapoznamy P. T. Czytelników w ten sam sposób z innemi grupami naszych uzdrowisk.

A teraz rzućmy okiem chociaż pobieżnie i przypatrzmy się jak wyglądają nasze zdrojowiska, posiadające źródła słone i słono - jodo - bromowe.

Ciechocinek leży w żyznej dolinie rzeki Wisły, w okolicy bogatej w lasy sosnowe, na wys. 46 m. n. m. Jest to jedyne na ziemiach polskich zdrojowisko, posiadające cieplicę mineralną. Jest to źródło wysoce radjoczynne, bije z głębokości 1 300 m. i dostarcza na godzinę przeszło 250 000 listrów 6% solanki. Służy ona wyłącznie dla kąpieli.

Solanki o mniejszem stężeniu, oraz niskoprocentowe, ale z dużą ilością żelaza służą do użytku wewnętrznego. Pobliskie obfite pokłady torfu dostarczają znakomite borowiny do kąpieli i suchych okładów.

Ciechocinek posiada nowoczesne urządzenia lecznicze, z których najważniejszemi są: zawijania mułowe na wzór piszczańskich, przepłukiwania specjalne, emanatorjum radowe, kąpiele tlenowe, kąpiele piankowe, zabiegi Broscha i zabiegi Alquiera, djatermja, elektryzacja i t. d.

Na specjalną uwagę zasługują 4 gmachy łazienek w Ciechocinku. dzięki ich nowoczesnym urządzeniom, komfortowi dorównywującemu poziomowi kąpielisk europejskich i szeregowi specjalnych ulepszeń rozbudowywanych co roku. 400 wanien, olbrzymią pływalnię termalno - solankową na otwartem powietrzu zbudowaną miedzy tężniami, obok niej kąpiele kaskadowe, W pobliżu nowoczesna kawiarnia, natryski, leżalnie i t. p. W budowie znajduje się ośrodek przyrodoleczniczy, wzorowany na najlepszych urządzeniach zagranicznych. Ciechocinek eksportuje kąpiele lecznicze będące połączeniem wywaru solanki, szlamu i ługu.

Inowrocław — Zdrój, stanowi przedmieście miasta tej samej nazwy. Leży na równinie kujawskiej. Posiada źródło solanki stężonej, jednej z najsilniejszych w Europie. Działanie lecznicze solanki potęguje się przez doprowadzenie do wszystkich wanien ługu pokrystalicznego. Odrębne znaczenie posiada źródło 1% solanki do picia.

Stosowana jest ona do inhalacji, płukań i t. p. Borowina Inowrocławska uzupełnia działanie kąpieli solankowych. Do inhalacji stosowany jest naturalny rad w zamkniętem emanatorjum radowem. Zakład kąpielowy nowocześnie przebudowany po wojnie. Zakład położony jest w olbrzymim parku.

Druskieniki leżą w malowniczej okolicy pagórkowatej na wysokim brzegu Niemna. W pobliżu piękne jezioro Druskonie, wśród lasów sosnowych. Druskieniki są równocześnie najlepszą stacją klimatyczną. Solanki tutejsze stosowane od 100 lat posiadają rozmaite stężenia i służą do kąpieli, oraz do picia. Do kąpieli używana jest 5,5% solanka odkryta w 1931 r. Obfite pokłady doskonałej borowiny, stosowanej do kąpieli i okładów. Zakład kąpielowy zajmuje 140 sal i łazienek.

Specjalnością Druskienik są słynne kąpiele kaskadowe w Rotniczance, oraz zakład leczniczy z zastosowaniem słońca, powietrza i ruchu.

Goczałkowice leżą na Śląsku w okolicy pagórkowatej i lesistej, naprzeciwko Dziedzic. Zdrojo-

wisko posiada 2 silne źródła solanki jodo bromowej o zawartości 3% soli. Wody używane są do kąpieli i do picia. Impregnowane kąpiele kwasowęglowe, żelaziste, tlenowe, jodłowe i inne.

Jastrzębie — Zdrój leży na Śląsku w okolicy pagórkowatej i lesistej, wśród 80 morgowego parku. Zdrojowisko posiada 2 źródła silnych radoaktywnych solanek jodobromowych. Używa się je do kąpieli i picia. Pokłady borowiny dodawanej do kąpieli solankowych. Dla dzieci kąpiele słoneczne z natryskami. Zdrojowisko posiada 3 budynki łazienek do kąpieli solankowych, kwasowęglowych i borowinowych. Istnieją specjalne oddziały dla elektroterapji, djatermji, wodolecznictwa, inhalacji. Kabiny do kąpieli solankowych dla dzieci, kąpiele słoneczne z natryskami. Wzorowy Zakład dla dzieci im. Marji. Wzorowa pijalnia. Całe uzdrowisko jest skanalizowane, zelektryfikowane i zaopatrzone w wodociągi. Asfaltowe drogi.

Rymanów leży wśród gór karpackich, porosłych lasami iglastemi. Liczne źródła szczaw alkalicznych, słonych, zawierających jod i brom. Wody tutejsze stosuje się do kąpieli i do picia. Nowocześnie urządzone łazienki. Łazienki borowinowe urządzone według najnowszych wymagań, posiadają leżalnię. Komfortowe urządzenie zakładu.

Iwonicz leży na Podkarpaciu w okolicy lesistej. Liczne zdroje mineralne, których wody używane są do kąpieli i do picia. Te ostatnie eksportuje się we flaszkach pod nazwą wody „Amelja" „Karol". Z wód Iwonickich wydobywa się sól zagęszczając ją na ług, służący do okładów, kąpieli i przestrzykiwań. Uzupełnieniem wód jest znakomita borowina, używana do kąpieli i okładów. Kąpiele słono - jodo - bromowe, kwasowęglowe, borowinowe, hydropatja, kąpiele słoneczno powietrzne.

Rabka leży w Karpatach Zachodnich, na wys. 560 m. n. m. otoczona wysokiemi górami. Park zakładowy 100 morgowy. Zdrojowisko posiada 11 źródeł solanki radjoczynnej o oznacznej zawartości jodu i bromu. Używana jest ona do picia i do kąpieli oraz wziewań. Kąpiele i okłady borowinowe i mułowe, hydropatja. Rabka jest zdrojowiskiem przystosowanem do leczenia nietylko dzieci i młodzieży, ale również i osób starszych. Powstał tu specjalny typ internatów i szkół sanatoryjnych.

We wszystkich wymienionych powyżej uzdrowiskach leczy się reumatyzm stawowy i mięśniowy, zołzy i krzywicę, wadliwą przemianę materji, przewlekłe zapalenia organów kobiecych, sprawy pozapalne, wysięki, niedokrwistość, błednicę, schorzenia górnych odcinków dróg oddechowych, oraz choroby układu nerwowego. Wszystkie one odpowiadają składem swych wód słynnym uzdrowiskom zagranicznym, jak Baden Baden, Kissingen, Kreuznach, Soden, Wiesbaden, Reichenhall, Reinfelden, Hall, Solies-de Bearne, Archabault, Salsomagiore, Droitwich.

FIZJOLOGJA PRACY I JEJ ZNACZENIE SPOŁECZNE.

Fizjologja pracy jest nową gałęzią nauki, która zajmuje się badaniem organizmu ludzkiego, jako żywej maszyny, bardziej złożonej, niż najbardziej prezyzyjne dzieło rąk ludzkich. Przedstawicielem tej nowej wiedzy w Polsce jest docent Włodzimierz Missiuro, który zamieścił w ostatnim zeszycie czasopisma „Wychowanie Fizyczne" interesujący artykuł p. t. „Czynnik ludzki w racjonalizacji pracy".

Wykroczenie poza normy pracy racjonalnej — pisze doc. Missiuro, — podyktowane przez twarde prawa rzeczywistości oraz wzrastające współzawodnictwo, należą do zjawisk powszednich. Stąd też znużenie przewlekłe urasta do zagadnienia najbardziej aktualnego oraz najtrudniej dającego się opanować.

„Nie ograniczając się bynajmniej do pracowników fizycznych, następstwa znużenia przewlekłego, w rezultacie przeładowania intellektualnego, emocjonalnego i fizycznego wykazuje ogół przedstawicieli świata pracy, rekrutujący się ze wszystkich warstw społecznych".

Znużenie przewlekłe, bądące wynikiem złej organizacji pracy ludzkiej, jest przyczyną szeregu ujemnych skutków w dziedzinie zdrowia fizycznego, psychicznego i moralnego ludności pracującej. Następstwem działania czynników znużenia jest m. inn. zwiększenie liczby wypadków przy pracy oraz niektórych chorób zawodowych.

Zadaniem fizjologji pracy, jako wiedzy stosowanej, jest utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowotnego pracujących, z uwzględnieniem interesów produkcji. Dąży ona do opracowania najbardziej racjonalnych metod pracy, bez szkody dla zdrowia. Źródłem tej wiedzy jest badanie ustroju ludzkiego, jako żywego motoru i praw przyrodniczych, rządzących jego funkcjami.

Fizjologja pracy jest nauką o doniosłem znaczeniu społecznem. Jest ona — pisze dr. Missiuro — „wytworem długich etapów walki o przyznanie pierwiastkowi ludzkiemu należnej roli i miejsca w systemie pracy zawodowej i organizacji życia współczesnego".

Redaktor odpowiedzialny: *Prof. Dr. Med. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.